

別記

第1号様式（第5条関係）

特別貸与奨学金貸与申込書

年 月 日

東京都知事 殿

申請者氏名 _____

特別貸与奨学金の貸与を受けたいので、東京都地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申し込みます。

【申請に係る条件確認】 ※ 同意する場合は、☒してください。

- ☐ 同種の奨学金の貸与を受ける予定はありません。
- ☐ 東京都地域医療医師奨学金貸与条例第3条第1号に規定する大学が実施する入学試験に合格した場合に限り、特別貸与奨学金の貸与の適否を通知されることに同意します。

申請者本人	氏名(ふりがな)	
	生年月日	年 月 日生(満 歳)
	高等学校等	卒業 卒業見込み (所在都道府県 都・道・府・県)
	住所	郵便番号 ()
	電話番号	
法定代理人 (申請者が未成年の場合に記入)	氏名(ふりがな)	
	生年月日	年 月 日生(満 歳)
	申請者との関係	
	住所	郵便番号 ()
	電話番号	

関係書類

- 1 住民票の写し
- 2 卒業証明書(卒業見込証明書を含む。)(都内に住所を有していない場合)
- 3 誓約書

<記入例>

別記

第1号様式（第5条関係）

特別貸与奨学金貸与申込書	
令和●●年 ●●月 ●●日	
東京都知事 殿	
申請者氏名 杏林 太郎	
特別貸与奨学金の貸与を受けたいので、東京都地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申し込みます。	
【申請に係る条件確認】 ※ 同意する場合は、 ☒ してください。	
☒ 同種の奨学金の貸与を受ける予定はありません。	
☒ 東京都地域医療医師奨学金貸与条例第3条第1号に規定する大学が実施する入学試験に合格した場合に限り、特別貸与奨学金の貸与の適否を通知されることに同意します。	
申請者本人	氏名（ふりがな） 杏林 太郎（きょうりん たろう）
	生年月日 平成●●年 ●●月 ●●日生（満●●歳）
	高等学校等 東京都立●●高等学校 卒業 卒業見込み
	（所在都道府県 東京 都 道・府・県）
	住所 郵便番号（ 181-8612 ） 東京都三鷹市下連雀5-4-1
電話番号 0422-●●-●●●●	
法定代理人 〔申請者が未成年の場合に記入〕	氏名（ふりがな）
	生年月日 年 月 日生（満 歳）
	申請者との関係
	住所 郵便番号（ ）
	電話番号
関係書類 1 住民票の写し 2 卒業証明書（卒業見込証明書を含む。）（都内に住所を有していない場合） 3 誓約書	

（日本産業規格A列4番）

記入日（出願期間内の日付）を書き入れて下さい。
年月日は和暦で記入してください。

申請者の漢字氏名を記入してください。

同意する場合は、☒してください。

戸籍のとおりに入記してください。

高校名は、略称ではなく正式名称を記入してください。
卒業・卒業見込のいずれかを○で囲んでください。

住民票記載のとおりに入記してください

日中、連絡可能な番号を記入してください。

申請者本人の年度末年齢が18歳以上の場合、「法定代理人」欄は記入不要です。