

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

【記入方法】

※黒のボールペンで、楷書でいぬいに記入してください。消えるボールペンは使用しないでください。
※誤記、記入不備、遺漏のないように記入してください。
※年月日は、和暦で記入してください。（すべて共通）

特別貸与奨学金貸与申込書

東京都知事殿

令和 年 月 日

記入日を書き入れてください。

同意する場合は、☒してください。

↓申請者氏名を忘れずに記入してください。

申請者氏名

東京 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)	東京 太郎 (とうきょう たろう) (戸籍のとおりに記入してください)
	生年月日	(平成・昭和) 年 月 日生 (満 歳)
	高等学校等	東京都立●●高等学校 卒業 ※略称ではなく、正式名称を記入してください。 ※卒業・卒業見込みのいずれかを○で囲んでください。 (所在都道府県 都・道・府・県)
	住所	郵便番号 () 住民票記載のとおりに記入してください。 年度末現在の満年齢を記入してください。
	電話番号	日中、連絡可能な番号を記入してください。
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

- 住民票の写し
- 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)
- 誓約書