

すべての項目について
記載すること。

ふりがな		性 別	顔写真付きの学生証の写し (カラーコピー) を貼り付けてください
氏 名		男 ・ 女	
大学名	大学		
学年	年		
携帯電話番号			
E-mailアドレス	※重要な連絡もありますので、誤記のないようにお願いします。		
結 果 通 知 の送付先住所	〒		
希 望 す る修学資金	第1希望（ ） 第2希望（ ） （ 1 地域医療従事医師確保修学資金 2 特定診療科医師確保修学資金 ） ※（ ）内に希望する修学資金の番号を記入すること ※申請書と同じ区分を第1希望とすること		
希望する診療科	第1希望（ ） 第2希望（ ） 第3希望（ ）		
健康状態	良 ・ 不良（ ）		
自分の性格 （長所・短所）			
医師を目指す動機			
県内医療機関での勤務を希望する理由 ※地域医療従事希望の方は地域医療を希望する理由、特定診療科希望の方はその診療科を希望する理由も記入すること			

将来、どのような医師になりたいかとその理由 ※医師としてのキャリアパスを含めて記入すること	
希望する臨床研修病院	※複数ある場合は複数記入。未定の場合は「〇〇地区の病院」又は「未定」と記入
医師修学資金の貸与が必要な理由及びその使用用途	
制度の理解 （該当する場合レ点を付す） ※修学資金が返還免除となる要件や、修学資金を返還することとなった場合の利息など	☐ 理解した

(注1)「希望する修学資金」については、申請時に第1希望のみで申請した場合でも、現時点で希望がある場合には、第2希望まで記入してください。

(注2)「希望する診療科」については、地域医療従事医師確保修学資金の場合は、現在希望している診療科を記入し、特定診療科医師確保修学資金の場合は、小児科・産婦人科・放射線科・麻酔科・救急医療から選んで記入してください。