

(様式第1号) (第6条関係)

長野県臨床研修医研修資金貸与申請書

年 月 日

長野県知事 殿

本人氏名 ⑩  
連帯保証人氏名 ⑩

長野県臨床研修医研修資金貸与規程(平成21年長野県告示第155号)の規定に基づく研修資金の貸与を受けたいので、同規程第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(電話番号 )	出身大学	大学 学科 年 月卒業
臨床 研修	プログラ ムの名称		
	中心とす る診療科	産婦人科 小児科 外科 (いずれかに○)	研修期間 年 月から 年 月まで
申請理由(臨床研修修了後の就業等についての意見を含む。)			
連帯 保証 人	氏名	生年月日	年 月 日生
	住所	(電話番号 )	本人 との 続柄
	職業	年収	
備考			