（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　　　　　　　 　 　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連帯保証人氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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  |