

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 印

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