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

（日本工業規格Ａ列４番）