

(様式第1号)

富山県地域医療確保修学資金貸与希望書

令和 年 月 日

富山県知事 様

希望者本人

住 所

氏 名

生年月日 平成 年 月 日生(満 才)

出身学校 立 高等学校

令和 年 月 (卒業見込)

連絡先電話番号

富山県地域医療確保修学資金の貸与を受けることを希望します。

【希望理由】

知事が指定する医療機関において、地域医療に必要な診療科（小児科、外科、産科、麻酔科、救急科、総合診療科、脳神経外科、感染症内科）の医師として診療に従事する意志の有無などについて記載すること

※自筆で記載してください。