

東京都地域医療医師奨学金（特別貸与奨学金）申込みの 提出書類、提出方法は次のとおりです。

◆提出書類

- ① 特別貸与奨学金貸与申込書（別紙、第1号様式） 1部
記入方法を読み、記入漏れがないか再度確認してください。
- ② 住民票の写し（コピー不可） 1部
・ 申込者と同一世帯全員の記載があり、続柄の入った住民票
（マイナンバーが記載されていないもの、3か月以内に発行されたもの）
- ③ 卒業証明書（卒業見込証明書を含む。） 1部
※東京都内に住所を有している者は不要
- ④ 誓約書（別紙、第1号様式の2） 1部

◆記入上の注意（提出前に各自確認してください。）

- ☐ 消えるボールペンは使用しないこと。
- ☐ 氏名は、住民票記載のとおりに入力しているか。
- ☐ 【申請に係る条件確認】を確認しているか。
- ☐ 年月日は、和暦（昭和・平成・令和等）で入力しているか。
- ☐ 年齢は、年度末時点の満年齢を入力しているか。
- ☐ 住所は、都道府県名から入力しているか、また、住民票記載のとおりに入力しているか。
- ☐ 書き間違えた場合、間違えた箇所に二重線を引き、空いているところに書き直すこと。修正液等は使わないこと。訂正印は不要。

◆提出方法

必ず、順天堂大学「東京都地域枠」入学試験の出願書類と一緒に、
順天堂大学に提出してください。

（注）東京都が直接受け付けることはいたしません。

【記入方法】※黒のボールペンで、楷書でていねいに記入してください。消えるボールペンは使用しないでください。
※誤記、記入不備、遺漏のないように記入してください。
※年月日は、和暦で記入してください。（すべて共通）

特別貸与奨学金貸与申込書

東京都知事 殿

令和 年 月 日
記入日を書き入れてください。

同意する場合は、☒してください。

↓申請者氏名を忘れずに記入してください。
申請者氏名 **東京 太郎**

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)	東京 太郎 (とうきょう たろう) (戸籍のとおりに記入してください)
	生年月日	(平成・昭和) 年 月 日生 (満 歳)
	高等学校等	東京都立●●高等学校 卒業 ※略称ではなく、正式名称を記入してください。 ※卒業・卒業見込みのいずれかを○で囲んでください。 (所在都道府県 都・道・府・県)
	住所	郵便番号 () 年度末現在の 住民票記載のとおりに記入してください。 満年齢を記入してください。
	電話番号	日中、連絡可能な番号を記入してください。
※申請者本人の年度末 年齢が18歳以上の 場合は、記入不要 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

(日本産業規格A列4番)

【記入方法】

※黒のボールペンで、楷書でいねいに記入してください。
 ※誤記、記入不備、遺漏のないように記入してください。
 ※年月日は、和暦で記入してください。（すべて共通）

誓 約 書
 （特別貸与奨学金用）

私は、東京都地域医療医師奨学金貸与条例第3条第1号に規定する大学の医学部入学試験に合格し、特別貸与奨学金の貸与決定を受けたときは、当該大学医学部に必ず入学し、東京都地域医療医師奨学金貸与条例及び東京都地域医療医師奨学金貸与条例施行規則の規定を遵守し、学業に専念することを誓います。

また、医師免許取得後は、東京都の区域内の医師の確保が必要な地域や診療科等において同条例に規定する指定期間、医師として従事することを誓います。

令和 年 月 日

記入日を和暦で書き入れてください。

氏名

住所

生年月日

必ず申請者本人が自署してください。

（平成・昭和） 年 月 日

東 京 都 知 事 殿

（注）必ず、申請者本人が自署してください。

（日本産業規格A列4番）

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

誓 約 書
(特別貸与奨学金用)

私は、東京都地域医療医師奨学金貸与条例第3条第1号に規定する大学の医学部入学試験に合格し、特別貸与奨学金の貸与決定を受けたときは、当該大学医学部に必ず入学し、東京都地域医療医師奨学金貸与条例及び東京都地域医療医師奨学金貸与条例施行規則の規定を遵守し、学業に専念することを誓います。

また、医師免許取得後は、東京都の区域内の医師の確保が必要な地域や診療科等において同条例に規定する指定期間、医師として従事することを誓います。

年 月 日

氏名

住所

生年月日 年 月 日

東 京 都 知 事 殿

(注) 必ず、申請者本人が自署してください。