

2020年度2次募集

意向調査票

応募	大学生奨学資金・大学院生奨学資金・研修資金	氏名	広域 花子
貸付希望期間	令和〇〇年4月1日 ~ 令和△△年3月31日		

次の事項について、できるだけ詳しく記入してください。

1. 今回の東濃地域医師確保奨学資金等貸付制度をどこで知りましたか。
〇〇〇。 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">広域花子さんは1年生につき、 最長貸付期間は6年間です。</div>
2. 東濃地域医師確保奨学資金等の貸付けを希望する理由
〇〇〇。 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">診療科は1つに絞ってください。</div>
3. 特に将来従事したいと思う診療科とその理由
(診療科) 〇〇科
(理由) 〇〇〇。
4. 勤務を希望している指定医療機関について (貸付決定時に指定医療機関への配属予定先を内定する際の参考資料にします。)
指定医療機関名：多治見市民病院 希望する理由：〇〇〇。

5. 必要勤務期間（奨学資金等の償還免除を受けるために必要な勤務期間）終了後も東濃5市の医療機関に勤務することを考えていますか。

〇〇〇。

6. このスペースを自由に使い、あなたの自己PRをしてください。（書式は一切問いません）

〇〇〇。