|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修学資金加算申請書  年　　月　　日  氏名は直筆で署名してください。  　愛知県知事　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　愛知県名古屋市中区三の丸３－１－２  氏　名　　愛知　太郎  ２００１年　４月　１日生  　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例第３条第２項の規定により、下記のとおり、修学資金の貸与額への加算をしてください。  記 | | | | | | | |
| 受けようとする加算額 | 月額 50,000　円 | | 加算を受けようとする期間 | | ２０２１年　４月から  　２０２３年　３月まで  （計２４箇月） | | |
| 在学している大学の学部 | 名称 | ○○大学医学部 | | 入　学 年月日 | 年 月 日 | 学年 |  |
| 所在地 | （学部の所在地を記入） | | | | | |
| 将来、指定医療機関において診療業務に従事する意思を有する診療科及び当該診療科を選択する理由 | 診療科名 | 小児科 | | | | | |
| 選択する理由 | （○○○○○や△△△△△といった観点から、（診療科）医を目指すこととした。  将来、従事する意志を有する診療科（小児科もしくは産婦人科）を記入してください  また、（診療科）は地域の現場でも欠くことのできない領域であり、将来、指定医療機関で従事した際にはしっかりと貢献できるものと考えている。）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　など | | | | | |

様式第３（第１条関係）

６年生の方は、２０２１年４月から２０２２年３月まで

（計１２箇月）

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。