別紙様式１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和8年度入学者用 | 応募・申込年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| **茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与制度応募書** |
| ふりがな |  | 写真貼付欄 |
| １．カラー写真、上半身、正面、無帽、無背景、枠なし２．縦4cm×横3cm３．最近3ヶ月以内撮影４．裏面に氏名を記入５．全面のり付け |
| 氏　名 |  |
| 現住所 | 〒 |
| 生年月日 | 　年　　月　　日生令和７年９月１日現在（満　　　歳） |
| 電話：（　　　　）　　　－ | 携帯：（　　　　）　　　　－ |
| メールアドレス |  |
| 受験大学 | 地域枠選抜 | 　　順天堂大学 |
| 出身学校 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 　電話：（　　　　）　　　　－ |
| 卒業等 | 　　　年　　　　月　　卒業　・　　卒業見込 |
| 保護者 | ふりがな |  | 続柄 |
| 氏　名 |  |  |
| 現住所 | 〒 |
| 電話：（　　　　）　　　　－ |
| ※該当がある場合に記入すること。（高校卒業後の在学歴（予備校含む）、就職歴等） |
| 卒業後履歴 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（裏面）

応　募　理　由

令和　　年　　月　　日

応募者氏名：

　あなたが本県地域枠に応募した理由について、以下のア、イ、ウを踏まえて記入すること。

　※文章生成AIを使用しての作成を禁止いたします。使用が判明した場合、応募を不受理とさせていただく場合がございます。

（ア）茨城県地域枠へ応募した理由について

（イ）茨城県の薬剤師不足地域に従事する意思について

（ウ）茨城県の地域医療で病院薬剤師としてどのような役割を果たしたいと考えているか。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |