

同意書

静岡県知事 様

私は、以下の事項に同意の上、浜松医科大学医学部静岡県地域枠に出願します。

- 1 「静岡県医学修学研修資金貸与規則」を守り、浜松医科大学医学部を卒業するまでの間は継続して静岡県医学修学研修資金の貸与を受け、在学中は「静岡県キャリア形成卒前支援プラン」の適用を受け、卒業後は「静岡県キャリア形成プログラム」に従い、県内の、知事が指定する公的医療機関等に医師として勤務すること。
- 2 下記以外の奨学金の受給及び申請を行っていないこと。
(奨学金の名称：静岡県医学修学研修資金)
- 3 県が指定する条件を満たす連帯保証人を2人確保すること。
- 4 離脱を認める事由は退学、死亡、国家試験不合格により医師になることを諦める場合その他静岡県知事がやむを得ないと認める事情が存する場合であり、離脱する際には静岡県知事の同意を得ること。
- 5 同意を得ること無く離脱した場合、一定期間専門医として認定されない等の不利益が生じる可能性がある。

令和 年 月 日

本人

住所 _____

氏名 _____ 印

保護者、法定代理人

住所 _____

氏名 _____ 印

注1 別紙「地域枠における従事要件等の取扱いに関する要項」を確認し、内容に同意した上で記入すること。

注2 自筆で記入すること。