

受験番号	※
------	---

※印の欄は記入しないでください。

令和5年度岐阜大学学校推薦型選抜Ⅱ
医学部医学科地域枠推薦

同意書

岐阜県知事 古田 肇 様

私は、岐阜大学医学部医学科地域枠推薦（岐阜県コース・地域医療コース）の出願にあたり、岐阜県医学生修学資金貸付規則に定める修学資金の返還要件（第十三条）および返還債務の当然免除要件（第十四条）他に従うことに同意のうえ出願します。

上記、地域枠推薦に合格し、入学した場合は、岐阜県医学生修学資金を受給し、卒業後は、上記規則に定める返還債務の当然免除要件に合致した勤務プログラムに基づき業務に従事します。

（以下、自筆で記入してください。）

（本人）

氏 名： _____

（保護者もしくは法定代理人）

氏 名： _____

《個人情報の提供に関する同意書》

この同意書に記載した情報について、岐阜大学医学部に提供することに同意します。

（本人自署）氏 名： _____