

受験番号	※
------	---

※印の欄は記入しないでください。

令和8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 江崎 禎英 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、「岐阜県医師育成・確保コンソーシアム」が作成した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： _____