受験番号	※

※印の欄は記入しないでください。

令和９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。

また、在学中に修学資金の貸与を辞退する場合又は大学卒業後に返還債務の当然免除要件を満たせなくなる場合（以下「離脱」という。）について、次の事項を理解し同意します。

１　退学、死亡、大学卒業後２年以内に医師免許を取得できなかった場合その他知事がやむを得ないと認める事由が存在する場合に限り、知事が離脱に同意すること。

２　知事の同意を得ずに離脱した場合は、次の事項について了承すること。

（１）臨床研修において知事の同意を得ずに離脱した者を採用している病院は、臨床研修費等補助金が減額されるため、病院によってはその者の採用を控えることがあること。

（２）一般社団法人日本専門医機構の方針によっては、知事の同意を得ずに離脱した者は、専門医資格の取得に支障が生じる可能性があること。

（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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿