

様式 1

同意書

三重県知事 様

1. 私は、三重大学医学部医学科「地域枠 A」、「地域枠 B」または「三重県地域医療枠」に合格し、入学した場合は、入学初年度から三重県医師修学資金に応募し、貸与を受けるとともに、卒業後は、三重県医師修学資金返還免除に関する条例第二条に定める返還免除のための従事要件に基づいて勤務することに同意します。
2. 私は、前項に掲げた従事要件からの離脱およびその手続き等については、「地域枠における卒後の従事要件等の取扱いに関する要項」に基づき取扱うことに同意します。

(以下、自筆で記入してください。)

令和 年 月 日

志願者 氏 名： _____
生年月日： 昭和・平成 年 月 日生

保護者等 氏 名： _____
志願者との続柄： _____
生年月日： 昭和・平成 年 月 日生

《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、三重大学医学部に提供することに同意します。

志願者 氏 名： _____

保護者等 氏 名： _____

添付書類

志願者および保護者等の本人確認書類の写し