同意書

私は、地域医療に従事する意思を有するものであり、「福井県医師確保修学資金等貸与条例」および「福井県医師確保修学資金等貸与条例施行規則」ならびに「福井県キャリア形成卒前支援プラン」、「福井県医師確保修学資金　奨学生のキャリア形成プログラム」の内容を確認し、これらの適用に同意の上、福井大学「地域枠（福井健康推進枠）」へ出願します。

入学が決定したのちは、「キャリア形成卒前支援プラン」への参加および医師免許取得後、「福井県医師確保修学資金　奨学生のキャリア形成プログラム」に基づき、福井県内の臨床研修病院および指定医療機関において、９年間勤務することにより、地域医療に貢献することを確約します。

年　　月　　日

福井県知事　様

（本人自署）
住　所

氏　名

（保護者または法定代理人自署）
住　所

氏　名