

同 意 書

年 月 日

熊本県知事

様

本人 住所

氏名
(自署)

法定代理人 住所

氏名
(自署)

私は、熊本大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱ（地域枠）志願に当たり、下記に同意します。

記

1. 熊本県医師修学資金貸与条例（以下「条例」という。）に基づき修学資金の貸与を受けることになったときは、卒業後、修学資金の貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間、条例及び熊本県医師修学資金貸与条例施行規則に規定する知事が指定する病院等において、医師としての業務に従事すること。
2. 上記1の勤務については、臨床研修（条例に規定する臨床研修をいう。）修了時に公表されている熊本県医師修学資金貸与医師キャリア形成プログラムの中から選択したコースに沿って行うこと。
3. 死亡又は傷病等で県がやむを得ないと認める事由により本人が医師業務に従事できなくなったとき以外は、県は上記1及び2の従事要件からの離脱に同意しないこと。

(注) 本人が未成年者の場合は、法定代理人も署名をしてください。