※

同意書

愛知県知事　大村　秀章　様

私は、名古屋市立大学医学部医学科地域枠学校推薦型選抜の出願にあたり、愛知県地域医療確保修学資金貸与条例に定める返還債務の当然免除要件（第８条）および修学資金の返還要件（第１０条）他に従うことに同意のうえ出願します。

上記、地域枠学校推薦型選抜に合格し、入学した場合は、愛知県地域医療確保修学資金の貸与を受け、卒業後は、上記条例に定める返還債務の当然免除要件に合致した「愛知県地域枠医師キャリア形成プログラム」に基づき業務に従事します。

また、在学中は、「愛知県キャリア形成卒前支援プラン」（地域枠学生のキャリアイメージや地域医療に対する意識の涵養等を図ることを目的として愛知県が策定した計画）が適用されることに同意します。

（以下、自筆で記入してください。）

（志願者）

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、名古屋市立大学医学部医学科に提供することに同意します。

（志願者自署）氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿