

同意書

大分県知事 様

私は、大分大学医学部医学科総合型選抜地域枠の出願に当たり、大分県医師修学資金貸与条例に定める修学資金の貸与契約の解除及び休止（第五条）、返還債務の免除要件（第六条）、返還要件（第七条）、返還債務の履行の猶予（第八条）及び遅滞利息（第九条）等に従うことに同意のうえ出願します。

上記、総合型選抜地域枠に合格し、入学した場合は、医師修学資金の貸与を受け、在学中は、大分県キャリア形成卒前支援プランに定められた卒前支援プロジェクトの履行に真摯に取り組むとともに、卒業後は、大分県地域枠医師キャリア形成プログラムに基づき、条例に規定する期間、県が指定する医療機関等において医師としての業務に従事します。また、退学・死亡・心身の故障等、県がやむを得ないと認める理由を除き、離脱することなく義務を履行することに同意します。

（以下、自筆で記入してください。）

年 月 日

（本人）

住 所： _____

氏 名： _____

（保護者若しくは法定代理人）

住 所： _____

氏 名： _____