

同意書

栃木県知事 殿

獨協医科大学長 殿

下記に定める栃木県地域枠制度の内容について理解の上、獨協医科大学医学部医学部の栃木県地域枠における出願資格のとおり、貴学卒業まで栃木県医師修学資金の貸与を受け、貴学卒業後は、栃木県医師修学資金の貸与を受けた期間の1.5倍の期間、栃木県職員（医師）として栃木県が指定する公的医療機関等において医療に従事する意志を有していることを確約いたします。

記

- 1 令和5年度医学部学生募集要項
- 2 栃木県医師修学資金貸与条例
- 3 栃木県医師修学資金貸与条例施行規則
- 4 令和5年度栃木県医師修学資金貸与事業の手引き

西暦 年 月 日

入学志願者氏名： _____
(自署してください。)

保護者もしくは
法定代理人氏名： _____
(自署してください。)