

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学科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、県が指定する地域医療に必要な診療科※の医師として、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8年度医学部学校推薦型選抜（指定校制）学生募集要項
- 2 栃木県医師修学資金等貸与条例
- 3 栃木県医師修学資金等貸与条例施行規則
- 4 令和8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。)

※ 勤務する診療科の選択は、初期臨床研修修了時点で、県が指定する診療科の中から行うことになります。

現時点で県が指定を想定する診療科は、内科、外科、整形外科、産科、麻酔科、小児科、救急科、総合診療科の8科です。