

福井県キャリア形成卒前支援プラン等適用同意書

私は、地域医療に従事する意思を有するものであり、『福井県キャリア形成卒前支援プラン』および『福井県医師確保修学資金 奨学生の卒後勤務に関する考え方』の内容を確認し、これらの適用に同意の上、福井大学「地域枠（福井健康推進枠）」へ出願します。

入学が決定したのちは、『キャリア形成卒前支援プラン』への参加および医師免許取得後、『福井県医師確保修学資金 奨学生の卒後勤務に関する考え方』に基づき、福井県内の臨床研修病院および指定医療機関において、9年間勤務することにより、地域医療に貢献することを確約します。

年 月 日

福井県知事 様

(本人自署)
住 所

氏 名

(保護者または法定代理人自署)
住 所

氏 名