

受験番号	※
------	---

同意書

長崎県知事 殿

私は、令和4年度佐賀大学医学部医学科学校推薦型選抜Ⅱ（長崎県枠）において最終合格した場合は、確実に佐賀大学医学部医学科に入学し、下記のことと同意いたします。

- 1 入学後は、在学期間中、長崎県医学修学資金の貸与を受けること（長崎県医学修学資金等貸与条例（以下、「貸与条例」という。）第6条第2項の場合を除く）
- 2 大学卒業後は、貸与条例第6条第1項第1号に定める期間、長崎県が指定する長崎県内の医療機関等に在職し、診療等に従事すること
- 3 大学在学中に、長崎県と契約を締結し、キャリア形成プログラムの適用を受け、新専門医制度における専門医選択について、原則として県指定基本領域（内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科及び総合診療科）から選択すること
- 4 離脱を認める事由は以下であり、離脱する際には、長崎県、佐賀大学、本人、保護者（法定代理人）の同意が必要であること
 - 貸与条例第5条第1項第1号から第4号、第6号から7号のいずれかに該当するとき
 - その他長崎県知事が認めたとき

令和 年 月 日

志願者（本人）住所 _____

志願者氏名（自書） _____

令和 年 月 日

保護者（法定代理人）住所 _____

保護者（法定代理人）氏名（自書） _____