

同 意 書

年 月 日

宮城県医師育成機構理事長 殿

住 所

氏 名

印

医学生修学資金の貸付けを受けるに当たり、下記の事項について同意します。

記

- 1 他の同種の修学資金の貸付けを受けることとなった場合は、遅滞なく宮城医師育成機構に申告すること。
- 2 同種の修学資金の貸付けを実施する宮城県内の市町村立医療機関で業務に従事しようとする場合、又は従事した場合、宮城県医師育成機構から当該市町村に対し、私個人に対する当該修学資金に係る貸付けの有無及び貸付けの内容について確認すること。