

同 意 書

私は、琉球大学医学部医学科（学校推薦型選抜）に合格した場合には、沖縄県医師修学資金等貸与規則及び「地域枠における従事要件等の取扱いに関する要項」を遵守し、以下の事項について同意します。

1. 大学を卒業するまでの間は継続して修学資金の貸与を受け、在学中は「沖縄県地域枠キャリア形成卒前支援プラン」（以下「卒前支援プラン」という。）の適用を受けること。
2. 卒業後は2年以内に医師免許の登録を完了し、「沖縄県地域枠キャリア形成プログラム」（以下「キャリア形成プログラム」という。）の適用を受け、沖縄県内で医師として9年以上勤務すること。
3. やむを得ない特別な事情によりキャリア形成プログラムの満了が困難となる事態が生じた場合には、沖縄県地域医療支援センターを通じて沖縄県にこれを申し出て、本県の医師修学資金等貸与制度の趣旨を踏まえつつ、真摯に協議すること。
4. 前項の協議の結果、県が離脱を認めないまま従事要件から離脱した場合には、不利益が生じる可能性があることを理解し、これに従うこと。

令和 年 月 日

沖縄県知事 様

（志願者本人）

氏 名 _____ 印

私は、上記志願者の法定代理人または生計維持者として、志願者が合格した場合には、志願者が沖縄県医師修学資金等貸与規則及び地域枠における従事要件等に従うこと、卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容及び離脱要件等の条件を確認のうえ、志願者に適用されることに同意します。また、志願者が本修学資金の貸与を正式に申請する際には、適切な連帯保証人を立てることを誓約します。

（法定代理人または生計維持者）

志願者との続柄 （ ）

氏 名 _____ 印

- 注 1 志願者が未成年の場合は、親権者等の法定代理人が署名・押印すること。
 2 志願者が成年の場合は、主たる生計維持者が署名・押印すること。