島根県キャリア形成卒前支援プランに関する同意書

島根県知事　殿

私は、入学後、島根県キャリア形成卒前支援プランに参加することについて同意します。

年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

島根県キャリア形成卒前支援プランに関する同意書

島根県知事　殿

私は、入学後、島根県キャリア形成卒前支援プランに参加することについて同意します。

様式第1号　医学生地域医療奨学金貸与申請書と同日の日付としてください。

令和８年●月●日

住所　●●県●●市●●町（以下、アパート等名・部屋番号まで記載）

氏名　　島根　太郎　　（自署）