山口県医師修学資金貸与者

キャリア形成プログラム適用同意書

　私は、「山口県医師修学資金貸与者キャリア形成プログラム」に基づき学業等に励み、医学・医療の発展や地域の医療に貢献するよう努めます。

　　　　　年　　月　　日

山口県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　 （自署）

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

氏　　名

年　　月　　日　生

注：記入に当たっては、ペン又はボールペン（黒又は青）を使用してください。