

同意書

年 月 日

長野県知事 様

(自署)

住所

氏名

私は、長野県医学生修学資金の貸与を受けるにあたり、「長野県医学生修学資金貸与者キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラム」が適用されることについて同意します。