

同 意 書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこととし、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について、その内容を確認の上、適用に同意します。

年 月 日

千葉県知事 様

(申請者)

氏 名

私は、上記申請者の連帯保証人として、申請者が千葉県医師修学資金貸付条例、千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこと、また、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について、その内容を確認の上、申請者に適用されることに同意します。

(連帯保証人)

住 所

氏 名

印

職 業

生年月日 年 月 日生 (歳)

申請者との関係

電話番号

- 注 1 申請者が未成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち法定代理人（親権者等）を記入すること。
- 2 申請者が成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち1名を記入すること。
- 3 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日 年 月 日生 (歳)」については記入しないこと。