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、千葉県

医師修学資金貸付条例施行規則、キャリア形成プログラム【新プログラム】及びキャリア形成

プログラム【政策医療分野プログラム】について、その内容を確認の上、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、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、キャリア形成プログラム【新プログラム】及びキャリア形成プログラム【政策医療分野プログラム】について、その内容を確認の上、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。