

同意書

栃木県知事 殿

慶應義塾大学長 殿

下記に定める栃木県地域枠制度の内容について理解しました。慶應義塾大学医学部医学科の一般選抜（栃木県地域枠）における出願資格のとおり、貴学卒業まで栃木県医師修学資金の貸与を受け、貴学卒業後は、返還猶予期間の間に栃木県医師修学資金の貸与を受けた期間の1.5倍の期間、栃木県が指定する公的医療機関等において医療に従事する意志を有していることを確約した上で、一般選抜（栃木県地域枠）に出願します。

記

- 1 慶應義塾大学医学部 一般選抜（栃木県地域枠） 募集要項
- 2 栃木県医師修学資金等貸与条例
- 3 栃木県医師修学資金等貸与条例施行規則
- 4 令和8（2026）年度栃木県医師修学資金貸与事業の手引き【慶應義塾大学医学部における栃木県地域枠】

西暦 年 月 日

入学志願者氏名： _____
(自署してください。)

保護者もしくは
法定代理人氏名： _____
(自署してください。)