

埼玉県キャリア形成プログラム等適用同意書

埼玉県知事 殿

私は、入学後、キャリア形成卒前支援プランに参加すること及び医師免許取得後、キャリア形成プログラムに参加することについて同意いたします。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (自署)