

## 福島県キャリア形成卒前支援プラン適用同意書

私は、在学中は「福島県キャリア形成卒前支援プラン」(地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援をすることを目的として福島県が策定した計画)が適用されることに同意します。

年 月 日

福島県知事 様

(本人自署)

住 所

氏 名