要綱様式第５号

個人情報の照会に関する同意書

　佐賀県知事　様

年　　　月　　　日

氏　　名

　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日生

　佐賀県医師修学資金等貸与条例（平成17年佐賀県条例第34号。以下「条例」という。）による貸与、猶予、免除、返還、停止及び廃止の決定のため必要があるときは、私の次に掲げる事項について、佐賀県が在学する又は在学していた大学、勤務する又は勤務していた医療機関等（以下「大学及び医療機関等」という。）若しくは所属する又は所属していた主に医学研究を目的として研究と診療を円滑に進めるための研究科等に属する職員や附属病院等で診療に従事する医師で構成される任意の集団（以下「医局」という。）に対し、必要な書類の閲覧又は資料の提供を求めることに同意します。

　また、佐賀県の要求に対し、大学及び医療機関等が報告することについて、私が同意している旨を大学及び医療機関等に伝えて構いません。

１　閲覧又は提供を求める事項

(1) 共通事項

　氏名（旧姓を含む。）、生年月日、住所、電話番号、電子メールアドレス

(2) 大学に対する事項

　在学、休学、留学、進学、卒業及び退学等の修学の状況及び就職の状況

(3) 医療機関等に対する事項

　使用期間、業務内容、労働時間、休職・休業等の勤務の状況

(4) 医局に対する事項

　専門医の取得状況、医療機関等への派遣等の状況

２　留意事項

　条例による返還免除の決定後は、返還免除までの期間における事項に限ります。

※氏名は本人が自署すること。