

年 月 日

岐阜医療科学大学
学長 山岡 一清 様

志願者氏名（自署）

保護者（自署）

**岐阜医療科学大学 特別選抜（連携病院）受験にかかる
個人情報提供に関する同意書**

岐阜医療科学大学の特別選抜（連携病院）に出願するにあたり、岐阜医療科学大学へ提出した書類に記載されている個人情報が、下記のとおり提供されることについて同意します。

記

1：情報提供先

出願時に選択した就職を希望する病院（松波総合病院または中部国際医療センター）

2：提供される資料および個人情報

①入学志願書に記載されている事項

（氏名、フリガナ、出身高校、課程、卒業年月日、住所、電話番号、志望学科、受験区分、顔写真 など）

②調査書に記載されている事項

（各教科・科目等の学習の記録、各教科学習成績の状況、学習成績概評、総合的な探究の時間の記録、特別活動の記録、指導上参考となる諸事項、備考、出欠の記録 など）

③自己推薦書に記載されている事項

（本学を志望する理由、これまでに頑張ってきたこと、その経験から得られた学び、大学で取り組みたいこと、身に付けたい力、本学卒業後の将来展望 など）

3：情報提供の目的

病院奨学生選考試験を実施するため

4：情報提供の方法

文書またはメールによる提供

以上