個人情報の取り扱いに関する同意書

　私は、京都府大学院医学研究科授業料等助成事業に係る授業料等の助成を受けるための申請にかかる要件を判断するために必要となる範囲内で、私の個人情報が京都府に提供されることについて、同意します。

　　年　　月　　日

京都大学大学院医学研究科長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　京都大学大学院医学研究科