

誓約書

年 月 日

茨城県知事 殿

申請者 氏名

印

私は、茨城県海外対象医師修学研修資金貸与条例に定める趣旨に従い、茨城県海外対象医師修学研修資金の貸与決定を受けたときは、茨城県海外対象医師修学研修資金貸与条例及び茨城県海外対象医師修学研修資金貸与条例施行規則の規定を遵守します。

また、国内医師免許取得後は知事が修学研修生ごとに指定する医療機関等において医師の業務に従事することを誓います。

備考 自筆による署名をする場合は、押印を省略することができる。