

## 誓約書

年 月 日

茨城県知事 殿

申請者 氏名 印

私は、茨城県医師修学資金貸与条例に定める趣旨に従い、茨城県医師修学資金の貸与決定を受けたときは、茨城県医師修学資金貸与条例及び茨城県医師修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守し、学業に専念するとともに、地域医療支援センターが開催するセミナー、研修会、個別面談などの支援事業に参加することを誓います。

また、医師免許取得後は、県内の医師が不足する地域としてあらかじめ知事が定める地域（以下「特定地域」という。）内の医療機関等であって、知事が特定地域内における医師の育成及び確保の状況等に応じ修学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。