

誓 約 書

年 月 日

茨城県知事 殿

応募者氏名： 印

※保護者氏名： 印

※応募者が未成年の場合に記入

※出願希望大学名： 大学

※10月面接において複数校応募する場合は全大学名を記入すること

私は、茨城県地域医療医師修学資金の貸与決定を受けたときは、下記を遵守することを誓います。

記

- 1 茨城県地域医療医師修学資金貸与条例及び茨城県地域医療医師修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守すること。
- 2 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や個人面談などの支援事業に参加すること。
- 3 医師免許取得後は、医師不足地域（※）における医療機関及び地域において中核的な役割を担う医療機関の中から知事が指定する医療機関において茨城県地域医療医師修学資金貸与条例に規定する指定期間、医師として従事すること。
- 4 本制度から正当な理由なく離脱しないこと。

※医師不足地域は、入学時点での医師不足地域ではなく、臨床研修開始時点での医師不足地域となります。

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。