

誓 約 書

年 月 日

茨城県知事 殿

応募者氏名： 印

出願希望大学名：

私は、条例に定める大学の入学試験に合格し、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、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、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同条例に規定する指定期間、医師として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。