

誓 約 書

年 月 日

茨城県知事 殿

応募者氏名： 印

私は、茨城県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すること。
- 2 学業に専念するとともに、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援をすることを目的として県が策定する「キャリア形成卒業前支援プラン」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、医師として従事し、県が策定する「キャリア形成プログラム」に参加すること。
- 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、入学時点ではなく、臨床研修開始時点での医師不足地域を適用します。

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ます。