

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

私は、茨城県地域医療医師修学資金へ応募するにあたり、下記の事項を遵守することを誓います。

記

- 1 合格した時に必ず入学すること。（別紙「茨城県地域枠の応募の取扱いについて」の内容を理解し、遵守すること）
- 2 入学後は、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すること。
- 3 入学後は、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「キャリア形成卒前支援プラン」に参加すること。
- 4 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。
- 5 入学後は、本制度から正当な理由なく離脱しないこと。
- 6 離脱の事由が、退学、国家試験不合格、死亡などの理由により、医師として勤務することが不可能である場合を除き、本制度に定められた従事要件を満たさず離脱した場合には、新専門医制度における専門医の認定にあたって、県が国及び一般社団法人日本専門医機構に対し、個人情報（氏名、生年月日、医籍番号等）の提供及び県の同意を得ずに離脱した者（不同意離脱者）であると回答することに同意すること。

※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。