

誓約書

三重県医師修学資金返還免除に関する条例及び三重県医師修学資金貸与規則並びに三重県医師修学資金貸与要綱の規定に従い、「三重県地域医療支援センターキャリア形成プログラム」に基づき医師業務に従事することを確約します。

また、在学中は、卒業までの期間、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することを目的として三重県が策定した、「三重県地域医療支援センターキャリア形成卒前支援プラン」が適用されることに同意します。

令和6年 ○月 ○日

申請日又はそれ以前の日付として下さい。
(4月1日以前の日付でも構いません)

三重県知事 宛て

(本人)

住所 三重県○○市○○町○○番地
○○マンション101号室

氏名 三 重 花 子

- ・本人及び連帯保証人直筆でお願いします。
- ・住所は修学資金貸与申請書の住所と同じ住所としてください。
- ・氏名に押印は不要です

(連帯保証人)

住所 三重県○○市○○町○○番地

氏名 三 重 一 郎

本人確認書類は、申請書に1部添付してあれば不要です。
(重複して添付していただく必要はありません)

添付書類

申請者及び連帯保証人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し