

(静岡県医学修学研修資金応募様式)

誓 約 書

平成 年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

住 所

氏 名

印

年 月 日生

私は、静岡県医学修学研修資金の貸与申請に当たり、下記の1から3までの事実を誓約
します。

1. 静岡県医学修学研修資金貸与規則（以下「規則」という。）に定める趣旨に従い、規則に規定する県内に所在する公的医療機関等のうち知事が指定した機関で、将来医師の業務に従事すること。

2. 下記以外の奨学金の受給及び申請を行っていないこと。

(奨学金の名称：静岡県医学修学研修資金)

3. 県が指定する条件を満たす連帯保証人を2人確保すること。