

誓 約 書

年 月 日

北海道知事 様

申請者（本人）住 所

氏 名

印

法定代理人 住 所

氏 名

印

私は、北海道医師養成確保修学資金貸付条例に基づき修学資金の貸付けを受けることになったときは、同条例及び北海道医師養成確保修学資金貸付条例施行規則の規定を遵守するとともに、道内の医療機関に9年以上勤務し、かつ、当該勤務期間のうち5年以上北海道知事が指定する公的医療機関等において、医師として従事することを誓約します。

注 申請者が未成年者の場合は、法定代理人も署名し、押印すること。