

年 月 日

誓 約 書

筑西市長 様

(申請者) 氏名	印
法定代理人 (申請者が未成年の場合)	
住所	
氏名	印
住所	
氏名	印

私は、筑西市医師修学資金貸与条例の規定による修学資金を受けることが決定したときは、同条例及び筑西市医師修学資金貸与条例施行規則を順守し、将来、同規則第 3 条第 1 項に規定する指定病院及び同条第 2 項に規定する指定診療科において、医師の業務に従事することを誓約します。

備考 申請者が未成年者の場合は、親権者（法定代理人）も署名及び押印をしてください。