

誓約書

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者（本人）住所

氏名 ㊟

法定代理人 住所

氏名 ㊟

私は、宮崎県医師修学資金貸与条例に基づき修学資金の貸与を受けることになったときは、同条例及び宮崎県医師修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守し、同条例第2条第3号のキャリア形成プログラムの適用を受け、同条例に規定する必要勤務期間及び指定医療機関における業務に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。