

誓約書

年 月 日

遠軽町長 様

申請者 住所
氏名 ⑩

法定代理人 住所
氏名 ⑩

私は、遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金の貸付けを受けるときは、遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金貸付条例及び遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金貸付条例施行規則の規定を遵守し、遠軽町長が指定する医療機関において、所定の期間、初期臨床研修及び後期臨床研修を受けることを誓約します。

※ 申請者が未成年である場合は、法定代理人も署名し、押印すること。