別記第２号様式

誓　　約　　書

年　月　日

公益財団法人新潟医学振興会

理事長　　様

本　　人　住所

氏名　　㊞

連帯保証人　住所

氏名　　㊞

連帯保証人　住所

氏名　　㊞

私は、新潟県医師養成修学資金（重点コース（東京医科大学医学部「新潟県地域枠」））の貸与を受けるにつきましては、医師養成修学資金（重点コース（東京医科大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則及び同実施規程を守り、大学を卒業後は2年以内に医師免許を取得し、直ちに新潟県内の病院で臨床研修に従事するとともに、臨床研修修了後は直ちに指定する医療機関に勤務し、臨床研修に従事したときから通算して9年間勤務することを誓います。

なお、前記実施規則及び実施規程の規定により貸与を受けた修学資金の返還事由を生じたときは、その日から１月以内に確実に修学資金及びその利息を返還します。