

誓約書

山形県知事
山形大学長 殿

私は、「山形県医師修学資金」及び同修学資金に基づくキャリア形成プログラムの制度及び内容を確認・同意した上で、山形大学医学部医学科一般選抜「地域枠」を志願し、入学を許可されたときは、令和4年度「山形県医師修学資金」の貸与を受け、医師免許取得後、同修学資金に基づくキャリア形成プログラムに従って、山形県内の指定する医療機関において必要な期間義務履行の確約（勤務）を誓約します。

令和 年 月 日

入学志願者（本人）住所

氏名 印

令和 年 月 日

保護者住所

氏名 印

注1 ※印の欄は、記入しないでください。

注2 2部印刷(両面印刷)し、裏面を必ず確認してください。
(2部のうち、1部は山形大学から山形県に提出します。)

山形大学医学部医学科一般選抜「地域枠」を 志願する場合の注意事項について

あなたは、表面に示す誓約事項を守っていただく必要がありますので、志願する場合は、必ず本要項P.17を確認の上、不明な点等がある場合は事前に下記までお問合せ願います。

問合せ先

- 山形県医師修学資金及び同修学資金に基づくキャリア形成プログラムに関すること

山形県健康福祉部医療政策課地域医療支援室
(電話：023-630-3159)

- 一般選抜「地域枠」全般に関すること

山形大学医学部入試担当
(電話：023-628-5049)