

誓約書

山形県知事
山形大学長 殿

私は、山形大学医学部学校推薦型選抜Ⅱ「地域枠」に出願するにあたり下記（１）について誓約し、入学を許可されたときは、下記（２）及び（３）について誓約します。

記

- （１）「山形県医師修学資金」の制度、キャリア形成プログラム及びキャリア形成卒前支援プランの内容を確認・同意した上で出願します。
- （２）令和６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、義務履行を確約（勤務）します。
- （３）在学中は、キャリア形成卒前支援プランに基づき、山形県内定着に向けたキャリア形成に係る取組に参加及び協力します。

令和 年 月 日

入学志願者（本人）住所

氏名

印

令和 年 月 日

父母等住所

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（裏面の「注意事項」を含めて両面印刷）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学校推薦型選抜Ⅱ「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 45 ページを確認の上、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。

お問合せ先

- 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、キャリア形成卒前支援プランに関すること

山形県健康福祉部医療政策課地域医療支援室

(TEL：(023)630-3159)

- 卒業後の山形県内定着に向けたキャリア形成に係る取組に関すること
- 学校推薦型選抜Ⅱ「地域枠」全般に関すること

山形大学医学部入試担当

(TEL：(023)628-5049)