

(様式3)

誓 約 書

令和 年 月 日

山梨大学長 殿

私は、山梨大学医学部医学科学学校推薦型選抜（地域枠）に出願するにあたり、入学を許可された上は、地域枠の趣旨を理解し、下記の事項を遵守することを誓います。

記

医師免許取得後は、一定期間山梨県内の医療機関において医師の業務に従事します。

（山梨県医師修学資金貸与制度の種別により
第二種：医師免許取得後15年間のうちの9年間）

初期臨床研修(医師免許取得後最初の2年間)は、必ず山梨県内の研修病院で行います。

専門研修は、必ず山梨県内の研修病院で行います。

山梨県が作成したキャリア形成プログラムに基づき医師の業務に従事します。

山梨県医師修学資金貸与制度第二種の利用を確約します。

合格した場合は、入学することを確約します。

上記義務に違反した場合、出身高校に不利益が生じることを理解しています。

受験番号： _____

氏 名： _____ 印

保護者氏名： _____ 印

大学側で記入します。