

(別紙様式1)

# 誓 約 書

平成 年 月 日

山梨大学長 殿

私は、山梨大学医学部医学科推薦入試（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

- ① 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  
第一種：医師免許取得後6年間のうちの3年間  
第二種：医師免許取得後15年間のうちの9年間 〕
- ② 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。
- ③ 山梨県医師修学資金貸与制度の利用を確約します。
- ④ 合格した場合は、入学することを確約します。
- ⑤ 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。