

様式第2号の4(第6条関係)

誓 約 書

私は、医師確保修学研修資金の貸与を受けることとなった上は、福井県医師確保修学資金等貸与条例および福井県医師確保修学資金等貸与条例施行規則の規定を遵守し、臨床研修を修了した後直ちに指定医療機関において規則に定める診療科の医師として勤務することを誓います。

年 月 日

申請者 氏名

福井県知事 杉本達治 様