

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください。

## 誓 約 書

三重大学長 殿

私は、三重大学医学部医学科「地域枠 A」、「地域枠 B」または「三重県地域医療枠」に出願し、入学した折には、三重県医師修学資金の貸与を入学初年度より受けると共に、卒業後は、三重県地域医療支援センターのキャリア形成プログラムに沿って勤務し、三重県内での医療・医学の発展とその継続に貢献することを誓約します。

入学後は、医学部医学・看護学教育センターの指導・助言を受けて、医学部での地域医療の学習を行います。卒業後は、三重大学医学部附属病院または三重県内の基幹型臨床研修病院での臨床研修プログラムに参加し、その後、専門医取得を目的として三重大学医学部附属病院群での専門研修プログラムに沿って研修します。

令和 年 月 日

志願者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日 生

保護者等 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(志願者との続柄 \_\_\_\_\_ )

生年月日 昭和・平成 年 月 日 生

注1. 記入にあたっては、ペン又はボールペン（黒又は青）を使用してください。

注2. 志願者及び保護者等欄はそれぞれ自筆で記入してください。