

愛知県地域枠 誓約書

藤田医科大学 学長 殿

私は、藤田医科大学医学部入学試験「愛知県地域枠」の出願にあたり、以下を誓約したうえで出願します。

1. 愛知県及び藤田医科大学からの修学資金を受給し、卒業後（医師免許取得後）、本学 又は関連病院（愛知県内）で、臨床研修（2年）及び専門研修（3年）の5年間勤務し、その後指定期間、愛知県が指定する公的医療機関において4～5年間地域医療に従事すること
2. 在学期間中は愛知県及び藤田医科大学が地域枠入試で入学した学生に対して用意された教育及び研修プログラムには必ず参加し、将来愛知県の地域医療に貢献できるよう学業に専念すること

(以下、自筆で記入してください。)

誓約日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(本人)

氏名： _____

(保護者もしくは法定代理人)

氏名： _____