

# 誓 約 書

(福島県特別地域枠)

西暦 年 月 日

帝京大学長 殿

私は、貴大学医学部一般選抜福島県特別地域枠を志願し、入学を許可されたときには、必ず貴大学医学部に入学し、福島県地域医療医師確保修学資金の貸与を受け、規則及び規定を遵守し、学業に専念することを誓います。

また、医師免許取得後は、福島県が指定する医療機関において、指定された期間医師として従事することを誓います。

現住所 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日生

氏名(自署) \_\_\_\_\_ (印)

私どもは、上記の者の連帯保証人として、規則及び規定を遵守させるとともに、上記の者の債務に関し一切の責務を負うことを約束します。

連帯保証人 現住所 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日生

続柄 \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_ (印)

連帯保証人 現住所 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日生

続柄 \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_ (印)

※ 上記、連帯保証人の選出は、それぞれ別に独立して生計を営む者であること（生計を共にする両親の場合は内1名の選出は可能であるが、両親2名を連帯保証人にすることはできない）。福島県で発生した債務を除き、当大学において発生した債務の限度額は600万円とする。

# 同意書

福島県知事 様

私は、帝京大学医学部一般選抜（福島県特別入試枠）を志願しており、入学を許可されたときには、福島県地域医療医師確保修学資金貸与条例及び福島県地域医療医師確保修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守し、福島県が指定する福島県地域医療医師確保修学資金の貸与を受け、卒業後は以下に記載の従事要件の下、福島県が指定する公的医療機関等に従事することに同意します。

また、福島県地域医療医師確保修学資金貸与条例に規定されている離脱要件（第6条第1項）の内容について同意するとともに、修学資金制度を完遂するため、安易に離脱することはいたしません。

## 1 従事要件

### (1) 従事期間

期間については、「臨床研修（2年間）」、「後期研修（最大4年間）」、「勤務期間（最低3年間）」の9年間とする。

なお、勤務期間の内、最低1年間は、県内の公的医療機関等に勤務しながら、へき地医療拠点病院、へき地診療所（国民健康保険診療所等）等に週1日以上診療応援を行うこととする。

### (2) 従事対象医療機関

- ①臨床研修：福島県知事が指定する県内の医療機関
- ②後期研修：福島県知事が認める県内の医療機関
- ③勤務：県内の勤務対象医療機関等

## 2 離脱要件

福島県地域医療医師確保修学資金貸与条例第6条第1項の記載による。

令和 年 月 日

本人現住所

\_\_\_\_\_

本人氏名（自署）

\_\_\_\_\_ (印)

保護者（もしくは法廷代理人）現住所

\_\_\_\_\_

保護者（もしくは法廷代理人）氏名（自署）

\_\_\_\_\_ (印)

本人との続柄 \_\_\_\_\_

様式第1号(第2条関係)

(表)

地域医療医師確保修学資金貸与申請書

年 月 日

福島県知事

地域医療医師確保修学資金の貸与を受けたいので、福島県地域医療医師確保修学資金貸与条例第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	ふりがな				生年月日	年 月 日	
	氏名				年齢	満 歳	性別 男・女
	現住所	郵便番号( )		電話番号( )			E-mail
	帰省先住所	郵便番号( )		電話番号( )			
貸与申請額	修学資金月額 入学金に相当する額		235,000円 円	貸与期間	年 月 日から 年 月 日まで		
指定大学名等	名称						
	学部・学科	学部 学科			学年	年	
	所在地	郵便番号( )		電話番号( )			
	入学年月	年 月		卒業見込年月	年 月		
家族の状況	ふりがな氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	年収(税込み)	住所

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とし、縦長にして用いること。

(裏)

連 帯 保 証 人	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	満 歳
	現 住 所	郵便番号( ) 電話番号( )		
	職 業		年 収 ( 税 込 み )	
	勤 務 先		申 請 者 と の 関 係	
連 帯 保 証 人	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	満 歳
	現 住 所	郵便番号( ) 電話番号( )		
	職 業		年 収 ( 税 込 み )	
	勤 務 先		申 請 者 と の 関 係	
申 請 の 理 由				
他の奨学金等を受けている場合は、その名称及び金額			(月額 円)	

上記の申請により修学資金の貸与を受けたときは、その返還について連帯してその責めを負います。

連帯保証人 住 所  
氏 名

連帯保証人 住 所  
氏 名

# (記入例)

様式第1号(第2条関係)

(表)

地域医療医師確保修学資金貸与申請書

令和8年4月20日

福島県知事

地域医療医師確保修学資金の貸与を受けたいので、福島県地域医療医師確保修学資金貸与条例第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	ふりがな	ふくしま たろう				生年月日	平成19年 7月 1日		
	氏名	福島 太郎				年齢	満18歳	性別	男・女
	現住所	郵便番号(0000-0000) 東京都00区0000				電話番号(090-0000-0000)	E-mail 000000@gmail.com		
	帰省先住所	郵便番号(960-8012) 福島県福島市御山町00				電話番号(024-0000-0000)			
貸与申請額	修学資金月額 235,000円 入学金に相当する額 000000円				貸与期間	令和8年 4月 1日から 令和14年 3月 31日まで			
指定大学名等	名称	00大学							
	学部・学科	医学部 医学科				学年	1年		
	所在地	郵便番号(0000-0000) 東京都00区000000				電話番号(03-00000-0000)			
	入学年月	令和8年 4月			卒業見込年月	令和14年 3月			
家族の状況	ふりがな氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	年収(税込み)	住所		
	ふくしま 太郎 一郎	父	51	会社員	(株)O	600万円	帰省先住所に同じ		
	ふくしま はなこ 花子	母	50	無職		0円	帰省先住所に同じ		
	ふくしま ふくこ 福子	妹	16	高校生		0円	帰省先住所に同じ		

貸与申請額及び指定大学名等は、R8.4に入学した場合の情報を記載ください

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とし、縦長にして用いること。

(裏)

連帯保証人	ふりがな	ふくしま いちろう		生年月日	昭和50年 8月21日
	氏名	福島 一郎		年齢	満 51歳
	現住所	郵便番号(960-8012) 電話番号(024-000-0000) 福島県福島市御山〇〇			
	職業	会社員	年収(税込み)	600万円	
	勤務先	(株)〇	申請者との関係	父	
連帯保証人	ふりがな	とうきょう じろう		生年月日	昭和52年10月10日
	氏名	東京 次郎		年齢	満 49歳
	現住所	郵便番号(163-8001) 電話番号(03-0000-0000) 東京都新宿区西新宿〇〇			
	職業	会社員	年収(税込み)	800万円	
	勤務先	(有)〇〇	申請者との関係	叔父	
申請の理由	※必ず記入すること				
他の奨学金等を受けている場合は、その名称及び金額			(日本学生支援機構第二種奨学金 (月額 〇〇〇〇〇〇円)		

上記の申請により修学資金の貸与を受けたときは、その返還について連帯してその責めを負います。

連帯保証人 住所 福島県福島市御山町〇〇  
氏名 福島 一郎

連帯保証人 住所 東京都新宿区西新宿〇〇  
氏名 東京 次郎

※押印は不要です