# 誓　約　書

（千葉県特別地域枠）

西暦　　年　月　日

帝 京 大 学 長　殿

私は、貴大学医学部一般選抜千葉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、千葉県医師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、千葉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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連帯保証人　現住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　西暦　　年　月　日生

続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※ 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）。千葉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。

# 修 学 資 金 貸 付 申 請 書

年　　月　　日

千葉県知事　　様

申 請 者 氏 名　　㊞

連帯保証人氏名　　㊞

連帯保証人氏名　　㊞

修学資金の貸付けを受けたいので、千葉県医師修学資金貸付条例第５条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">申<br>請<br>者</td><td>ふ り が な<br>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所<br>及び電話番号</td><td colspan="3">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td>年　月　日<br>（年齢　歳）</td><td>大 学 名</td><td>大学医学部医学科<br>第　学年</td></tr>
<tr><td colspan="2">修 学 資 金 の 種 類</td><td colspan="3">１　長期支援コース修学資金<br>２　ふるさと医師支援コース修学資金<br>３　小児科コース修学資金<br>４　産婦人科コース修学資金<br>（該当するものを〇で囲んでください。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">貸 付 申 請 金 額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">貸 付 申 請 期 間</td><td colspan="3">令和　　年　　月から令和　　年　　月まで<br>（修学期間　令和　　年　　月から令和　　年　　月まで）</td></tr>
<tr><td colspan="2">振 込 口 座 番 号<br>（本人名義のもの）</td><td colspan="3">銀行　　支店<br>預金種別（ 普通 ・ 当座 ）　口座番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">希 望 す る 診 療 科</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「連帯保証人氏名」とあるのは「連帯保証人名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入すること。

| |
|---|
| メールアドレス： |

# 誓　　約　　書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従うことを誓約します。

年　　月　　日

千葉県知事　　様

（申請者）

氏　名　　印

私どもは、上記申請者の連帯保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者の債務を連帯して負担します。

（連帯保証人）

住　所

氏　名　　印

職　業

生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）

申請者との関係

電話番号

（連帯保証人）

住　所

氏　名　　印

職　業

生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）

申請者との関係

電話番号

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日　年　月　日生（　歳）」については記入しないこと。

# 同　　意　　書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこととし、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容を確認の上、適用に同意します。

年　　月　　日

千葉県知事　　様

（申請者）
氏　名

私は、上記申請者の連帯保証人として、申請者が千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこと、また、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容を確認の上、申請者に適用されることに同意します。

（連帯保証人）
住　所
氏　名　　印
職　業
生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）
申請者との関係
電話番号

注　１　申請者が未成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち法定代理人（親権者等）を記入すること。
２　申請者が成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち１名を記入すること。
３　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日　年　月　　日生（　　歳)」については記入しないこと。

# 記　載　例

修 学 資 金 貸 付 申 請 書

令和〇年〇月〇〇日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

・申請者及び連帯保証人の印影が必要です。
・連帯保証人の印影は、印鑑証明書で証明された印影（実印）としてください。
・申請者の印影は、実印である必要はありません。

申 請 者 氏 名　千葉　太朗　㊞ 押印

連帯保証人氏名　千葉　一朗　㊞ 実印

連帯保証人氏名　県庁　花子　㊞ 実印

修学資金の貸付けを受けたいので、千葉県医師修学資金貸付条例第５条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者 | ふりがな<br>氏名 | ちば　たろう<br>千葉　太朗 | | |
| | 住所及び電話番号 | 〒000-0000<br>千葉県〇〇市〇〇１－１－１　電話　000（0000）0000 | | |
| | 生年月日 | 平成〇〇年〇〇月〇〇日<br>（年齢〇〇歳） | 大学名 | 〇〇大学医学部医学科<br>第１学年 |
| 修学資金の種類 | | ①　長期支援コース修学資金<br>2　ふるさと医師支援コース修学資金<br>3　小児科コース修学資金<br>4　産婦人科コース修学資金<br>（該当するものを〇で囲んでください。） | | |
| 貸付申請金額 | | 貸付期間の総額を記載してください。<br>国公立大学：**10,800,000円**／私立大学：**14,400,000円** | | 円 |
| 貸付申請期間 | | 令和　9　年　4　月から令和　15　年　3　月まで<br>（修学期間　令和　9　年　4　月から令和　15　年　3　月まで） | | |
| 振込口座番号<br>（本人名義のもの） | | 〇〇銀行　〇〇支店<br>預金種別（普通・当座）　口座番号　1234567 | | |
| 希望する診療科 | | 〇〇科 | | |

**申請者本人**の連絡先（可能な限り携帯番号）を記入してください。

郵便番号も記入してください。

申請時点の年齢としてください。

・受験する大学名を記載してください。
・学年は、１学年としてください。

現時点で希望する診療科を記入してください。
希望する診療科がない場合は「未定」としてください。

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあ
のは「連帯保証人名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入すること。

メールアドレス：●●●●@●●.●●.●●

メールアドレスを記入してください。

**記　載　例**

# 誓　約　書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従うことを誓約します。

令和○年○月○○日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

印影は、「修学資金貸付申請書」と同一の印影としてください。

（申請者）
氏　名　千葉　太朗　　印　押印

私どもは、上記申請者の連帯保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者の債務を連帯して負担します。

（連帯保証人）

住　所　千葉県○○市○○１－１－１

氏　名　千葉　一朗　　印　実印

職　業　会社員

生年月日　昭和○○年○○月○○日生（○○歳）

申請者との関係　○○

電話番号　000（0000）0000

（連帯保証人）

住　所　千葉県○○市○○２－２－２

氏　名　県庁　花子　　印　実印

職　業　自営業

生年月日　平成○○年○○月○○日生（○○歳）

申請者との関係　○○

電話番号　000（0000）0000

**■連帯保証人について**

・　連帯保証人は、独立の生計を営み、修学資金の返還の支払いの責任を負うことができる資力を有する者として、２名必要です。
・　独立の生計を営む場合とは、原則、別居していることを指します。
・　配偶者は同一生計とみなします。別居している場合であっても不可です。
・　申請者が未成年（１８歳未満）の場合、１名は法定代理人（親権者等）としてください。
　成年（１８歳上）の場合は、これに限りません。

**■記載上の注意**

・　連帯保証人の記入項目は、印鑑証明書の記載事項と一致するよう記入してください。
・　印影は、必ず印鑑証明書で証明されている印影（実印）としてください。

※疑問等があれば、事前に県の担当者に確認し、記入してください。

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日　年　月　日生（　歳）」については記入しないこと。

**記　載　例**

# 同　意　書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこととし、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容を確認の上、適用に同意します。

令和〇年〇月〇〇日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

（申請者）
氏　名　千葉　太朗

押印は不要です。

私は、上記申請者の連帯保証人として、申請者が千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこと、また、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容を確認の上、申請者に適用されることに同意します。

・　連帯保証人の記入項目は、印鑑証明書及び「誓約書」（第二号様式）の記載事項と一致するよう記入してください。
・　印影は、印鑑証明書で証明されている印影（実印）としてください。

（連帯保証人）

住　所　千葉県〇〇市〇〇１－１－１

氏　名　千葉　一朗　　印　実印

職　業　会社員

生年月日　昭和〇〇年〇〇月〇〇日生（〇〇歳）

申請者との関係　〇〇

電話番号　000（0000）0000

注　１　申請者が未成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち法定代理人（親権者等）を記入すること。

２　申請者が成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち１名を記入すること。

３　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日　　年　月　　日生（　　歳）」については記入しないこと。