誓　約　書

（群馬県特別地域枠）

西暦　　年　月　日

帝 京 大 学 長　殿

私は、貴大学医学部一般選抜群馬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、群馬県緊急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、群馬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）。群馬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

群馬県知事　殿

下記に定める群馬県緊急医師確保修学資金貸与制度の内容に同意し、帝京大学医学部医学科に群馬県特別地域枠として入学した場合は、卒業まで群馬県緊急医師確保修学資金の貸与を受け、卒業後は、同資金の貸与を受けた期間の３分の５に相当する期間、群馬県知事が指定する特定病院において、医師として従事する意志を有していることを確約いたします。

記

１　帝京大学 入学試験要項 2027
２　群馬県緊急医師確保修学資金貸与制度　帝京大学医学部一般選抜（群馬県特別地域枠）の御案内
３　群馬県緊急医師確保修学資金貸与条例
４　群馬県緊急医師確保修学資金貸与条例施行規則
５　ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス

西暦　　年　　月　　日

入学志願者（自署）
住所

氏名　　㊞

保護者もしくは法定代理人（自署）
住所

氏名　　㊞