誓　約　書

（茨城県特別地域枠）

西暦　　年　月　日

帝 京 大 学 長　殿

私は、貴大学医学部一般選抜茨城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、茨城県地域医療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、茨城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）。茨城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。