

要領第5号様式の1

誓 約 書

年 月 日

宮城県医師育成機構理事長 殿

住 所

氏 名

印

私は、貴機構の定める趣旨に従い、医師となった後、所定の期間内に、宮城県知事が指定する県内の指定医療機関において、貴機構から貸付を受けた年数の1.5倍に相当する年数、医師としての業務に従事することを確約します。