

様式第2号（第5条関係）

誓約書

鳥取県知事 様

奨学生として決定された上は、鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則を堅く守り、学業に励むとともに、卒業後は鳥取県の地域医療に貢献することを誓います。

年 月 日

住所

氏 名

生年月日

年 月 日生

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。