※

※印欄は記入しないでください。

地域枠志願者用

確　　約　　書

令和　　年　　月　　日

新潟大学医学部長 殿

本 人 氏 名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学資負担者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、新潟県内で将来の医療を担うという強い意志を持っており、入学後は、新潟県が設定する修学資金を受給するとともに、医師免許取得後、直ちに、新潟大学医歯学総合病院又はそれ以外の県内臨床研修病院で卒後臨床研修に従事し、引き続き新潟県が指定した医療機関に勤務（卒後臨床研修を含み９年間）することを確約します。