第２号様式

年　　月　　日

誓　約　書

京都府知事　西脇　隆俊　様

申　請　者　住所

氏名　　印

法定代理人　住所

氏名　　印

私は、京都府地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例に基づき奨学金等の貸与を受けることとなったときは、同条例及び京都府地域医療確保奨学金等の貸与に関する条例施行規則の規定を遵守し、同条例及び同条例施行規則に規定する必要勤務期間地域医療機関における医師の業務に従事することを誓約します。

（注）　申請者が未成年者の場合は、法定代理人も署名し、押印すること。