要綱様式第２号その２

誓　約　書

年　　　月　　　日

　佐賀県知事　様

住所

氏名

佐賀県医師修学資金等貸与条例及び佐賀県医師修学資金等貸与条例施行規則に定める趣旨に従い、（小児科医・産科医・救急医・麻酔科医）として貴県内の医療機関等での業務に従事することを確約します。

注　氏名は本人が自署すること。

　（　　）内の診療科のいずれかを○で囲むこと。