別紙様式２

誓　約　書

年　　月　　日

茨城県知事　　　　殿

応募者氏名：　　　　　　　　　　　　　印

※保護者氏名：　　　　　　　　　　　　　印

　私は、茨城県地域医療薬剤師修学資金の貸与決定を受けたときは、下記を遵守することを誓います。

記

１　茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例及び茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守すること。

２　学業に専念するとともに、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、在学中や薬学部卒業後に県が実施する個別面談等に参加すること。

３　薬剤師免許取得後は、直ちに薬剤師不足地域（※）内の病院で薬剤師としての業務に従事し、病院薬剤師卒後研修プログラムに基づき茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例に規定する期間について、薬剤師として従事すること。

４　本制度から正当な理由なく離脱しないこと。

※薬剤師不足地域は、入学時点ではなく、就職内定時点での薬剤師不足地域となります。

　備考：自筆による署名をする場合は、押印を省略することができる。