# 誓　約　書

年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　　様

【申込者】（自署）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

【保護者(又は法定代理人)】（自署）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（続柄　　　　）

　私は、東京医科歯科大学地域特別枠推薦選抜（医学部医学科）長野県枠の選抜試験に合格した際には、長野県医学生修学資金貸与規程（昭和 50 年長野県告示第 108 号）第６条の規定により、貸与を申請し、決定を受けた場合には、同規程及び指示された事項を堅く守ることを誓います。