

薬学部薬学科 一般選抜（前期）
地域支援制度 希望者のみ

大学記入欄

誓約書

東北医科薬科大学長 殿

私は、貴学薬学部薬学科における地域支援制度（宮城県または秋田県）に採用された場合は、大学卒業後、各県が指定する医療機関^(※)に定められた期間、薬剤師として従事することを誓約いたします。

令和 年 月 日

志願者住所

志願者署名 印

私は、上記の者が貴学薬学部薬学科における地域支援制度（宮城県または秋田県）に採用された場合は、大学卒業後、各県が指定する医療機関^(※)に定められた期間、薬剤師として従事させることを誓約いたします。

令和 年 月 日

保証人住所

保証人署名 印 志願者との続柄（ ）

(※) 各県が指定する医療機関（修学資金返還免除要件）

宮城県：宮城県が指定する医療機関に、薬剤師として9年間従事すること。

秋田県：J A 秋田厚生連が指定する医療機関に、薬剤師として6年間従事すること。