様式第１号　別紙４

確　　約　　書

第　　　　　　　号

　　年　　月　　日

（あて先）

　埼 玉 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　年度臨床研修指導医資格取得支援事業補助金の交付申請をするに当たり、下記のとおり確約しますので、よろしくお取り計らいください。

記

１　臨床研修指導医の資格取得を支援する当該医師に対して、指導医資格取得

　後、当該医師が自院において臨床研修医を指導できるように、適切なフォロ

　ーを実施します。

２　当該医師が早期離職することのないよう努めます。