【学校推薦型選抜Ａ枠】

受験番号	※

（※は記入しないでください）

誓　約　書

福島県立医科大学長　様

私は貴学医学部学校推薦型選抜Ａ枠を志願し、入学を許可されたときには、卒業後に貴学附属病院又は貴学が指定する福島県内の医療機関等で３年以上、医学・医療に従事することを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　平成　　年　　月　　日生

上記の者に、誓約書のとおり固く遵守させるとともに、誓約書に関する一切の責任を私が引き受けます。

令和　　年　　月　　日

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保証人氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

昭和
生年月日　平成　　年　　月　　日生

本人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿