【学校推薦型選抜Ｂ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Ｂ枠を志願し、入学を許可されたときには、福島県が設定する福島県緊急医師確保修学資金の貸与を受け、福島県が指定する公的医療機関等に勤務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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿