

【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医療機関で 2 年間の臨床研修を行うことを誓約いたします。

令和 年 月 日

現住所 _____

本人氏名 (自署) _____ 印

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) _____ 印

生年月日 昭和 年 月 日生

本人との続柄 _____