

③学校推薦型選抜秋田県地域枠用

受験番号

記入不要

誓約書

岩手医科大学長 殿

私は、貴学の学校推薦型選抜地域枠を受験するにあたり、合格の上は必ず入学することを誓約します。なお、卒業後は秋田県の地域医療に貢献することを併せて誓約します。

令和 年 月 日

志願者 氏名
住所

志願者
氏名

印

生年月日 平成 年 月 日生

上記の者が学校推薦型選抜地域枠に合格した場合には、所定の入学手続きの上、貴学に入学させることを誓約します。なお、卒業後は秋田県の地域医療に貢献させることを併せて誓約します。

令和 年 月 日

保証人 氏名
住所

保証人
氏名

印

志願者との続柄 []

注 1 志願者と保証人は、必ず別々の署名、押印をしてください。

注 2 保証人は両親のいずれか、もしくは保護者としてください。