

⑤医学部学士編入学者選抜用

受験番号

記入不要

誓約書

岩手医科大学長 殿

私は、医学部学士編入学者選抜に合格の上は、卒業後は貴学附属病院および貴学関連病院に通算6年以上（臨床研修期間2年含む）勤務し、岩手県の地域医療に従事することを誓約します。

令和 年 月 日

志願者 氏名
住所

志願者
氏名

印

生年月日 昭和 年 月 日生
平成

上記の者が合格した場合には、卒業後は貴学附属病院および貴学関連病院に通算6年以上（臨床研修期間2年含む）勤務し、岩手県の地域医療に従事させることを誓約します。

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。