

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 ㊞

住 所

志願者

氏 名

㊞

生年月日 昭和 年 月 日生
平成

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 ㊞

住 所

保証人

氏 名

㊞

志願者との続柄

〔 〕

注1 志願者と保証人は、必ず各自が署名・捺印してください。

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。