

④一般選抜地域枠C（全国枠）用

受験番号	記入不要
------	------

誓 約 書

岩手医科大学長 殿

私は、一般選抜地域枠で入学した場合には、卒業後は岩手県の地域医療に貢献することを誓約します。

令和 年 月 日

志願者 氏

住 所

志願者

氏 名

印

生年月日 昭和 平成 年 月 日生

上記の者が一般選抜地域枠で入学した場合には、卒業後は岩手県の地域医療に貢献させることを誓約します。

令和 年 月 日

保証人 氏

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。