

⑤一般選抜地域枠D（全国枠・診療科指定）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、卒業後は指定診療科（総合診療科、小児科、産婦人科のいずれか）の業務に従事し、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 印

住 所

志願者

氏 名

印

生年月日 昭和 年 月 日生
平成

上記の者が一般選抜地域枠で入学した場合には、卒業後は指定診療科（総合診療科、小児科、産婦人科のいずれか）の業務に従事させ、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 印

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。