

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（貴学附属病院での臨床研修期間 2 年を含む）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 ㊞

住 所

志願者

氏 名

㊞

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（貴学附属病院での臨床研修期間 2 年を含む）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 ㊞

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。