

※

※の欄は記入しないでください。

2024年度医学部医学科学校推薦型選抜（地域医療枠）

誓約書

西暦 年 月 日

大阪公立大学長 様

現住所 _____

志願者氏名（自署） _____ 印

生年月日（西暦） _____ 年 月 日

私は、貴大学医学部医学科 学校推薦型選抜（地域医療枠）の趣旨を理解したうえで入学を希望し、入学を許可されたときには、医学部医学科の教育理念に沿い、勉学に専念することとし、卒業後は、所定のプログラムを修了することにより、大阪の医療・医学に貢献することを誓約いたします。

上記の者に、誓約書のとおり固く遵守させるとともに、誓約書に関する一切の責任を私が引き受けます。

年 月 日

現住所 _____

保証人氏名（自署） _____ 印

生年月日（西暦） _____ 年 月 日

志願者との続柄 _____

【出願資格・提出書類確認欄】 該当する箇所に☑をつけてください。

- 入学志願者の出身高等学校等（中等教育学校含む）が大阪府に所在する
（出願書類<調査書>）
- 入学志願者の現住所が大阪府に所在する（入学志願者の住民票）
- 入学志願者の保護者の現住所が大阪府に所在する
（保護者の住民票と、入学志願者と保護者との関係が分かる戸籍個人事項証明書）