

受験番号	※
------	---

※の欄は記入しないでください。

2027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）.....⑨

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。

西暦 年 月 日

現住所.....

保証人氏名（自署）.....⑨

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地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地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本人の戸籍個人事項証明書）