

確 約 書

私は、令和7年度富山大学医学部医学科学学校推薦型選抜「地域枠」に合格した場合は、確実に、富山大学医学部医学科に入学し、将来、富山県内の地域医療に貢献したいという強い意志を持ち続け、学業等に励み、卒業後は、富山大学附属病院を基幹施設とする研修プログラムで、2年間の初期研修を含む3年間の臨床研修に従事することを確約いたします。

令和 年 月 日

本人 現住所
署名

保護者 現住所
署名 (続柄)

富山大学長 宛

(注) 本用紙は、A4サイズで印刷し、卒業後の要件を十分に理解した上で、本人及び保護者が自筆で記入してください。