

受験番号※

2019 年度医学部医学科大阪府指定医療枠

誓 約 書

平成 年 月 日

大阪市立大学長 様

現住所 _____

本人氏名 (自署) _____ 印

(志願者)

生年月日 _____ 年 月 日

私は、貴大学医学部医学科 **大阪府指定医療枠** 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、大阪市及び大阪府の地域医療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。

平成 年 月 日

現住所 _____

保証人氏名 (自署) _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

本人との続柄 _____

(志願者)

【出願資格・提出書類確認欄】 該当する番号に丸をつけてください。

1. 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（調査書<出願書類>）
2. 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）
3. 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ものとして、住民票・高等学校が発行する証明書・健康保険証の写し・市区町村役場が発行する書類等）