県内枠

誓　約　書

和歌山県立医科大学長　様

私は、貴学薬学部薬学科「県内枠」の趣旨を理解した上で入学を志望し、入学を許可されたときには、卒業後２年間、和歌山県内の貴学が指定する医療機関で横断的な研修の実施に同意することを誓約いたします。

年　　月　　日

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＿＿＿＿＿＿年　　月　　日生

上記の者に誓約書のとおり堅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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保証人氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＿＿＿＿＿＿年　　月　　日生

※保証人は、本人の親権者又は後見人とします。