※

医学部推薦入学確約書

（地域枠学校推薦型選抜）

名古屋市立大学長　様

私は、名古屋市立大学医学部医学科に学校推薦型選抜において合格が決定した場合は入学することを、推薦学校長との連名において確約します。

令和　　年　　月　　日

志願者氏名　　印

現　住　所

学校所在地

学　校　名

学 校 長 名　　公印

（注）※印欄は、記入しないでください。
志願者が署名・捺印、及び学校長が記載・押印してください。