※

医学部推薦入学確約書

（中部圏活躍型・名古屋市高大接続型）

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確約します。

また、２年間の初期臨床研修を行った後、卒業６年後までに必ず名古屋市立大学又は名古屋市立大学医学部附属病院群に所属し、医学研究および臨床の場で中心となって本学をリードしていくことを、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。