

受験番号

※

※の欄は記入しないでください。

2025年度 医学部医学科 大阪府指定医療枠特別選抜

## 誓 約 書

西暦 年 月 日

大阪公立大学長 様

現住所.....

志願者氏名 (自署) ..... 印

生年月日 (西暦) ..... 年 ..... 月 ..... 日

私は、貴大学医学部医学科 大阪府指定医療枠特別選抜 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。

年 月 日

現住所.....

保証人氏名 (自署) ..... 印

生年月日 (西暦) ..... 年 ..... 月 ..... 日

志願者との続柄 .....