

受験番号	※
------	---

確約書

札幌医科大学長 様

令和 年 月 日

現住所 _____

志願者氏名（自署） _____ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

私は、貴大学医学部医学科における「診療及び公衆衛生に関する実地修練」の趣旨を理解した上で、受入を希望し、厚生労働省の規定する「診療及び公衆衛生に関する実地修練」を終了された後は、医師国家資格取得後、札幌医科大学附属病院を含む臨床研修指定医療機関で、2年間の臨床研修を行った後、札幌医科大学医学部又は附属病院の各診療科に所属し、7年間、札幌医科大学及び本学の卒後の必修プログラムを受け、関連する原則道内の医療機関又は研究機関において医学・医療に従事することを確約します。

なお、これに伴い、貴大学が卒業後から所定のプログラム修了までの間、私の勤務先（病院等）を把握することを承諾します。

令和 年 月 日

現住所 _____

連帯保証人氏名（自署） _____ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

上記の確約を行う事を承諾するとともに、確約を堅く遵守させます。