令和９年度 医学部一般選抜(前期日程)（札医大卒後研修枠）

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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生 年 月 日　昭和・平成　　年　　月　　日

私は、貴大学医学部医学科一般選抜（札医大卒後研修枠）の趣旨を理解した上で入学を希望し、入学を許可された後は、卒業後、札幌医科大学附属病院を含む臨床研修指定医療機関で、初期臨床研修修了後、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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

上記の確約を行う事を承諾します。