

令和7年度
学校推薦型選抜 先進研修連携枠(ATOP-M)

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) _____ ⑩

生 年 月 日 平成 年 月 日

私は、貴大学医学部医学科 学校推薦型選抜（先進研修連携枠(ATOP-M)）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に関連する国内外の医療機関又は研究機関において医学・医療に従事し、北海道の医学・医療において指導的・中核的役割をにえる医師の育成を目指した所定のプログラムを受け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 _____

保護者等氏名 (自署) _____ ⑩

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。

確 約 書

札幌医科大学長 様

私は、北海道医師養成確保修学資金貸付制度を承知し、札幌医科大学を卒業後、道内の医療機関に9年以上勤務し、かつ、当該勤務期間のうち北海道医師養成確保修学資金貸付条例の規定に基づく5年以上の期間を北海道知事が指定する北海道内の公的医療機関等に勤務することを確約します。

令和 年 月 日

志願者氏名（自筆）

⑩

生年月日 平成 年 月 日生（ 歳）

札幌医科大学長 様

私は、志願者 が、北海道医師養成確保修学資金貸付制度を承知し、札幌医科大学を卒業後、北海道内の医療機関に9年以上勤務し、かつ、当該勤務期間のうち北海道医師養成確保修学資金貸付条例の規定に基づく5年以上の期間を北海道知事が指定する北海道内の公的医療機関等に勤務する旨確約することを確認しました。

令和 年 月 日

保護者等氏名（自筆）

⑩

志願者との関係