令和９年度　医学部学校推薦型選抜(特別枠)

受験番号	※

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年以上の期間を知事が指定する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）　　㊞

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、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年以上の期間を知事が指定する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）　　㊞

志願者との関係