受験番号	

地域医療への従事意志確約書

福 井 大 学 長　あて

私が，福井大学医学部医学科に入学した折には，地域医療に従事する強い意志を持ち続け，学業等に励み，卒業後は，推薦要件から逸脱することなく，福井県内の地域医療に従事することを確約します。

令和　　年　　月　　日

志願者　住　　所

氏　　名　　㊞

生年月日　平成　　年　　月　　日 生

（自署で記入）

私は，志願者＿＿＿＿＿＿＿＿が，福井大学医学部医学科に対し，以上のことを全て確約したことを確認しました。

令和　　年　　月　　日

保護者等　住　　所

氏　　名　　㊞

（自署で記入）

志願者＿＿＿＿＿＿＿＿は，福井県内の地域医療に従事することを確約できる者であることを認め，推薦いたします。

令和　　年　　月　　日

推薦者　　学 校 名

学校長名　　㊞