

※地域枠志願者用

受験番号	※
------	---

確 約 書

島根大学長 殿

私は、島根大学医学部医学科に入学した際には、地域医療に貢献する強い意志を持ち続け、学業等に励み、卒業後は、^(注)島根大学医学部附属病院を含む島根県内の病院の臨床研修プログラムにより初期研修及び専門研修を受けるとともに、島根県の地域医療に貢献することを確約します。

令和 年 月 日

志 願 者 住 所 _____

氏 名 (自筆) _____ 印

注) 医師臨床研修マッチング協議会のマッチング後、研修指定病院から発行される通知書の写しを大学に提出するものとします。