

【北海道・東北枠用】

受験番号	※
------	---

※受験番号欄は記入しないこと。

確約書

青森県知事 殿
弘前大学長 殿

私は、弘前大学医学部医学科総合型選抜Ⅱ出願にあたり、卒業（医師国家試験合格を前提）後、直ちに青森県のキャリア形成プログラム（対象期間は、臨床研修を含む9年間、うち4年間は医師が不足している地域での勤務）にしたがって、医療に従事することを確約いたします。

また、在学中は青森県のキャリア形成卒前支援プランに参加することを確約いたします。

令和 年 月 日

高等学校等名 _____

志願者氏名（自署） _____

連帯保証人
（身元引受人）氏名（自署） _____