

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一般選抜青森県定着枠出願にあたり、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） \_\_\_\_\_

※高等学校卒業程度認定試験，大学入学資格検定等の出願資格者は、「高等学校名等名」に出願資格名を記入してください。