

様式 2 号

誓 約 書

多 気 町 長 様

私は、三重大学医学部医学科推薦入試地域枠 B にかかる推薦を受けるにあたり、卒業後は医師として三重県内の地域医療に従事することを誓約します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

※この誓約書は、必ず志願者本人が記入してください。