

受験番号	※ 茨城
------	---------

※の欄は記入しないこと。

確約書

東京医科歯科大学長 殿

受験者（自署）

住所

氏名

【保護者の同意】（自署）

住所

氏名

（続柄 ）

私は、令和6(2024)年度東京医科歯科大学地域特別枠推薦選抜（医学部医学科）の茨城県枠において最終合格した場合は、必ず東京医科歯科大学医学部医学科に入学いたします。

また、将来、茨城県内で地域医療を担う意思を持っており、入学後、茨城県地域医療医師修学資金の貸与を受け、卒業後は茨城県内の医師が不足する地域として、茨城県知事が定める地域内の医療機関において、貸与期間の1.5倍の期間（臨床研修期間を含む）勤務することを確約いたします。