

受験番号	*
------	---

確 約 書

高 知 大 学 長 殿

私は、高知大学医学部医学科総合型選抜Ⅰ選抜試験に合格した場合は、入学すること
を確約し、さらに卒業後は高知県内の医療機関で2年間の医師臨床研修を行うことを確
約します。

西暦 年 月 日

志願者住所

志願者氏名

(自署)