

ふじた未来入学試験 承諾書

藤田医科大学 医学部長 殿

私は、藤田医科大学医学部 ふじた未来入学試験の出願にあたり、以下の内容を理解し、入学した際には貴学への貢献に誓約することに同意します。

1. 卒業後（医師免許取得後）、貴学講座が基幹となる専門研修プログラムに参加を確約し、貴学の教育、研究、臨床の分野で貢献する学生を選抜するための入試であること。
2. 従事要件を守らなかった（不同意離脱になった）場合、貴学が日本専門医機構に報告すること、及びその後の対応で、日本専門医機構からの橋渡し、協議等に応じなければならないこと。

（以下、自筆で記入してください。）

西暦 年 月 日

（本人）

氏 名：

（保護者もしくは法定代理人）

氏 名：