［ 地 域 枠 ］のみ

誓　約　書

私は、本学校推薦型選抜〈地域枠〉において合格した場合には必ず入学し、修学中は京都府が設定する「京都府地域医療確保奨学金」を受給するとともに、本学卒業後は、定められた期間、京都府が指定する医療機関において勤務し地域医療に貢献することを誓います。

令和　　年　　月　　日

京都府立医科大学長　　夜　久　　均　様

本　人
現住所

氏　名　　㊞

平成　　年　　月　　日生

保証人
現住所

氏　名　　㊞