

(地域枠志願者のみ)

確 約 書

山口大学長 殿

私は、山口大学医学部医学科に入学した際には、将来、地域医療に貢献する強い意志を持ち続け、学業等に励み、卒業後、医師免許を取得し、直ちに山口県内の病院で臨床研修（２年間）を受け、修了後引き続き４年以上、山口大学医学部及び附属病院を含む県内の医療機関またはその関連施設で医学・医療の研究等の発展や地域医療に貢献することを確約します。

令和 年 月 日

志願者

住所 _____

氏名(自筆) _____

印 _____

私は、志願者が上記のとおり確約したことを確認しました。

保護者等

住所 _____

氏名(自筆) _____

印 _____