

受験番号	※
------	---

## 確 約 書

札幌医科大学長 様

令和 年 月 日

現 住 所 \_\_\_\_\_

志願者氏名(自署) \_\_\_\_\_ ⑩

生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日

私は、貴大学医学部医学科 一般選抜（先進研修連携枠（ATOP-M））の趣旨を理解した上で入学を希望し、入学を許可された後は、卒業後、札幌医科大学附属病院を含む臨床研修指定医療機関で、初期臨床研修修了後、札幌医科大学医学部又は附属病院の各診療科に所属し、7年間、札幌医科大学及び本学の卒後の必修プログラムに関連する国内外の医療機関又は研究機関において医学・医療に従事し、北海道の医学・医療において指導的・中核的役割をになえる医師の育成を目指した所定のプログラムを受けることを確約します。

なお、これに伴い、貴大学が卒業後から所定のプログラム修了までの間、私の勤務先（病院等）を把握することを承諾します。

令和 年 月 日

現 住 所 \_\_\_\_\_

保護者氏名(自署) \_\_\_\_\_ ⑩

生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日

上記の確約を行う事を承諾するとともに、確約を堅く遵守させます。