

受験番号	※
------	---

確 約 書

佐 賀 大 学 長 殿

私は、令和9年度学校推薦型選抜（佐賀県枠）において
最終合格した場合は、確実に佐賀大学医学部医学科に入学
いたします。

また、大学卒業後は、佐賀県内において3年間の勤務（原則として2年の初期臨床研修を含む連続した3年間）に従事することを確約いたします。

令和 年 月 日

志願者氏名（自署）
