| ※杏林大学使用欄 |
| --- |
| |

# ２０２７年度　杏林大学医学部
# 一般選抜群馬県地域枠 受験申込書

杏林大学学長 殿

私は貴学医学部一般選抜群馬県地域枠に関し、本受験申込書に「２０２７年度杏林大学医学部一般選抜群馬県地域枠誓約書」をそえて受験の申し込みをいたします。

申込日：西暦　　年　　月　　日

| | | |
| --- | --- | --- |
| 氏名（自署） | フリガナ | |
| | 漢字 | |
| 性別 | | □ 男　□ 女 |
| 生年月日 | | 西暦　　年　　月　　日 |
| 出身高等学校等 | 学校名 | |
| | 学校所在地（都道府県名） | 都・道<br>府・県 |
| | 卒業年等 | 西暦　　年　　月<br>□ 卒業見込　□ 卒業　□ 高認(大検)合格 |
| 志願者現住所 | | 〒 |
| 保護者現住所 | | 〒 |
| 志願者電話番号 | 自宅 | －　　－ |
| | 携帯電話 | －　　－ |

※杏林大学医学部学生募集要項（群馬県地域枠選抜用）の「出願方法」を参照し、出願手続を行ってください。

# ２０２７年度　杏林大学医学部
# 一般選抜群馬県地域枠 誓約書

杏林大学学長 殿

私は貴学医学部一般選抜群馬県地域枠を志願するにあたり、本入試区分が入学確約試験であることを理解し、合格した際は、期日までに入学手続きをとり入学すること、入学後は修学資金の貸与を受け学業に専念すること、医師免許取得後は群馬県による従事要件を遵守すること、以上について誓約いたします。

西暦　　年　　月　　日

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（西暦）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者に、誓約書のとおり固く遵守させるとともに、誓約書に関する一切の責任および債務を私が引き受けます。

西暦　　年　　月　　日

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者もしくは法定代理人氏名（自署）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続柄＿＿＿＿＿＿

生年月日（西暦）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿