佐賀県枠志願理由書

○佐賀県枠を志願した理由について、400字以内で記載してください。

氏	名					受	験	番	号	*		

注意事項

 (20×20)

- ① 楷書の自筆で記入してください(Word 等は不可)。
- ② 黒ボールペンを使用してください。
- ③ ※印の欄は記入しないでください。

受験番号 **

確 約 書

私は、平成30年度推薦入試Ⅱ(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、佐賀県内の基幹型臨床研修病院において、初期臨床研修(2年)を行うことを確約いたします。

平成 年 月 日

志願者氏名(自署) ______

佐賀大学長 殿