

平成26年度 東京慈恵会医科大学医学部医学科

東京都地域枠入学試験 受験申込書

フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	西暦	年	月 日
現 住 所			
連 絡 先	電話 (自宅)	(携帯)	
出身高校	高校名		
	所在地	(都道府県のみ記入して下さい。)	
	卒業年月	西暦	年 月 卒業・卒業見込
一般入試 への併願	希望する ・ 希望しない		

誓 約 書

東京慈恵会医科大学
学長 松藤 千弥 殿

私は、東京慈恵会医科大学医学部医学科・東京都地域枠入学試験に合格した場合は、必ず入学することを誓います。

平成 年 月 日

氏 名 _____ (印)

(この誓約書は本人が自筆すること)