

2021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	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	年 月	卒業・卒業見込
一般選抜 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。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(この誓約書は本人が自筆すること)

# 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 申請記載にあたっての注意事項

## 1. 「東京都地域枠入学試験 受験申込書」において

連絡先	電話（自宅）01-2345-6789	（携帯）012-3456-7890（本人）
-----	--------------------	-----------------------

携帯電話は、東京都地域枠申請において、記入漏れ等確認のために連絡をすることがありますので、所有者を記入してください。（本人、母、父等）

一般選抜 への併願	希望する・希望しない
--------------	------------

必ずどちらかに○をしてください。

## 2. 「特別貸与奨学金貸与申込書」において（補足説明）

- ・記入見本が綴り込まれておりますので、よく見て記入下さい。  
（記入年月日、生年月日等は和暦記載です。）

別記 第1号様式（第5条関係）書類

【申請に係る条件確認】 ※ 同意する場合は、してください。

- 同種の奨学金の貸与を受ける予定はありません。<sup>※1</sup>
- 東京都地域医療医師奨学金貸与条例第3条第1号に規定する大学が実施する入学試験に合格した場合に限り、特別貸与奨学金の貸与の適否を通知されることに同意します。<sup>※2</sup>

チェック漏れが多いので、必ず確認の上、チェックをお願いします。

※1 同種の奨学金の貸与を受ける予定はありません。

説明：東京都地域枠と同様な他府県の地域枠奨学金を指すものであります。

※2 東京都地域医療医師奨学金貸与条例第3条第1号に規定する大学が実施する入学試験に合格した場合に限り、特別貸与奨学金の貸与の適否を通知されることに同意します。

説明：二次試験合格発表において「東京都地域枠による合格者」に番号記載がある場合において、東京都より貸与適否の連絡を受ける意思があるというものです。