

※杏林大学使用欄

--	--	--	--	--	--	--	--

2025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「2025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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 府・県			
	卒業年等	西暦	年	月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 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、出願手続きを行ってください。

2025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） _____