

様式2号

確 約 書

伊 賀 市 長 様

私は、令和8年度三重大学医学部医学科学学校推薦型選抜（地域枠B）にかかる推薦を受けるにあたり、卒業後は医師として伊賀市の地域医療に従事することを確約します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

※この確約書は、必ず志願者本人が記入してください。