

学校推薦型選	受験番号	※
--------	------	---

誓 約 書

愛知医科大学長 殿

私は、このたび校長先生の推薦を受けて貴学を受験することになりました。合格の上は貴学に入学することを誓約します。

年 月 日

高等学校名

氏 名
(自 署)

保護者氏名
(自 署)

印

注) ※印欄には記入しないでください。