

2019年度 日本保健医療大学

## 奨学生試験入学 決意書

※には記入しないでください。

受験  
番号

※

日本保健医療大学

学長 殿

年 月 日

奨学生として合格した場合、必ず本学に入学します。

また、卒業後は首都圏の所定の医療機関に4年間従事することを約束します。

記

フリガナ		
氏 名	⑩	年 月 日生
現 住 所	〒	TEL ( )
試 験 区 分	<input type="checkbox"/> 高校推薦入試	<input type="checkbox"/> 選抜入試 <input type="checkbox"/> 一般入試
保護者氏名		⑩

※なお、奨学金貸与病院等に成績資料等の個人情報を提供することに同意します。