

入学金免除に関する誓約書

年 月 日

湘南医療大学大学院
保健医療学研究科長 殿

受験番号 _____ ※記入不要

志望領域 _____

氏 名 _____ (印)

私は湘南医療大学大学院入学金免除を受けるにあたり、修了後はふれあいグループ病院施設に5年間以上勤務することを誓約いたします。
なお、誓約に反した場合は、入学金免除額を一括で支払います。