

2024 年度 東邦大学医学部入学試験 推薦書
推薦入試（公募制－千葉県地域枠）

西暦 年 月 日

東邦大学医学部

医学部長 盛田 俊介 殿

下記の生徒は、2024 年度東邦大学医学部推薦入試（公募制－千葉県地域枠）の
推薦基準に照らして適当であると認め、貴学部に推薦します。

生徒氏名：

推薦理由

特記事項（学業成績、課外活動の状況、生徒の特徴 等）

高等学校名

所在地

高等学校長名

印

受験番号 _____

氏名 _____

（受験番号は大学側で記入します）

※注意事項：自筆で記入する。なお、ボールペンまたは万年筆で記載すること。（鉛筆不可）

記載①

各年度で、あなたが興味を持って取り組んだことについて記入してください。

年度	どのようなことをどのように取り組んだのかを記載
2021年度	
2022年度	
2023年度	

記載②

あなたが思う自分自身の長所と短所を具体的に記入してください。

--

記載③

あなたがこれまでに受けた賞罰（学校内でのものを含む）を記入してください。

--

2024年度 東邦大学医学部入学試験 志望理由書 推薦入試（公募制—千葉県地域枠）

受験番号： _____
(受験番号は大学側で記入します。)

氏名： _____

東邦大学医学部を志望する理由、千葉県地域枠入試に出願することへの想い、
入学後の大学生活の過ごし方、卒業後、千葉県の医療にどのように貢献していきたいと
考えているかをお聞かせください。

制度の概要について

あなたは千葉県ホームページに掲載されている、「令和6年度 千葉県医師修学資金募集要項
(長期支援コース (地域枠))」を確認しましたか。

確認しました ・ 未確認です (いずれかに○)

2024年度 東邦大学医学部入学試験

誓約書

(本学提出用)

東邦大学学長殿

私は貴学医学部推薦入試（公募制—千葉県地域枠）を志願するにあたり、本入試区分が入学確約入試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、入学することを誓約いたします。

西暦 年 月 日

現住所 _____

本人氏名（自署） _____ 印

生年月日（西暦） _____ 年 月 日 生

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を私が引き受けます。

西暦 年 月 日

現住所 _____

保護者氏名（自署） _____ 印

生年月日（西暦） _____ 年 月 日 生

本人との続柄 _____

第一号様式（第三条）

修学資金貸付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者氏名 ㊟
 連帯保証人氏名 ㊟
 連帯保証人氏名 ㊟

修学資金の貸付けを受けたいので、千葉県医師修学資金貸付条例第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな氏名			
	住所及び電話番号	電話 ()		
	生年月日	年 月 日 (年齢 歳)	大学名	大学医学部医学科 第 学年
修学資金の種類	1 長期支援コース修学資金 2 ふるさと医師支援コース修学資金 3 産婦人科コース修学資金 (該当するものを○で囲んでください。)			
貸付申請金額	円			
貸付申請期間	年 月から 年 月まで (修学期間 年 月から 年 月まで)			
振込口座番号 (本人名義のもの)	銀行 支店 預金種別 (普通・当座) 口座番号			
希望する診療科				

注 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあつては、様式中「連帯保証人氏名」とあるのは「連帯保証人名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入すること。

第二号様式（第三条第一号）

誓 約 書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従うことを誓約します。

年 月 日

千葉県知事 様

(申請者)

氏 名 ㊞

私どもは、上記申請者の連帯保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者の債務を連帯して負担します。

(連帯保証人)

住 所

氏 名 ㊞

職 業

生年月日 年 月 日生 (歳)

申請者との関係

電話番号

(連帯保証人)

住 所

氏 名 ㊞

職 業

生年月日 年 月 日生 (歳)

申請者との関係

電話番号

注 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあつては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年 月日 年 月 日生 (歳)」については記入しないこと。

同 意 書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこととし、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容を確認の上、適用に同意します。

年 月 日

千葉県知事 様

(申請者)

氏 名

私は、上記申請者の連帯保証人として、申請者が千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこと、また、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容を確認の上、申請者に適用されることに同意します。

(連帯保証人)

住 所

氏 名

印

職 業

生年月日 年 月 日生 (歳)

申請者との関係

電話番号

- 注 1 申請者が未成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち法定代理人（親権者等）を記入すること。
- 2 申請者が成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち1名を記入すること。
- 3 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日 年 月 日生 (歳)」については記入しないこと。

記 載 例

第一号様式（第三条）

修 学 資 金 貸 付 申 請 書

年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

申請者及び連帯保証人の印影があること。
ただし、連帯保証人の印影は、印鑑証明書
で証明された印影（実印）であること

申請者氏名
連帯保証人氏名
連帯保証人氏名

印
印
印

修学資金の貸付けを受けたいので、千葉県医師修学資金貸付条例第5条第1項の規定により、
関係書類を添えて申請します。

電話番号が複数ある場合は、2段書きで記入すること

申請者	ふりがな氏名	ふりがなの記入を忘れないこと 氏名は楷書で丁寧に記入すること		
	住所及び電話番号	郵便番号も記入すること		電話 ()
	生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日 (年齢〇〇歳)	大学名	大学医学部医学科 第1学年
修学資金の種類		① 長期支援コース修学資金 2 ふるさと医師支援コース修学資金 3 産婦人科コース修学資金 (該当するものを○で囲んでください。)		
貸付申請金額		円	6年間の総額で記載すること	
貸付申請期間		令和5年4月から令和11年3月まで (修学期間 令和5年4月から令和11年3月まで)		
振込口座番号 (本人名義のもの)		千葉銀行 県庁支店 預金種別 (普通)・当座) 口座番号 1 2 3 4 5 6 7		
希望する診療科				

注 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあつては、様式中「連帯保証人氏名」とあるのは「連帯保証人名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入すること。

現時点で希望する診療科を記入すること
(特に希望する診療科がない場合は、「未定」と記入すること)

メールアドレス

●●●@●●●

余白に連絡先アドレスを記入してください。

記 載 例

第二号様式（第三条第一号）

誓 約 書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従うことを誓約します。

年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

申請者の氏名・印影を忘れないこと
なお、印影は、「修学資金貸付申請書」（第一号
様式）と同一の印影とすること



（申請者）
氏 名

印

私どもは、上記申請者の連帯保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者の債務を連帯して負担します。

- 連帯保証人は、独立の生計を営み、修学資金の返還の支払いの責任を負うことができる資力を有する者（2名）が必要となり、独立の生計を営む場合とは、原則、別居していること。なお、配偶者は同一生計とみなします。また、申請者が未成年の場合、1名は法定代理人（親権者等）でなければならない（疑問等があれば、必ず事前に県の担当者に確認し、記入すること）
- 連帯保証人の記入項目は、印鑑証明書の記載事項と一致するよう記入すること
- 連帯保証人の印影は、印鑑証明書で証明されている印影（実印）とすること
- 電話番号が複数ある場合は、それぞれ2段書きで記入すること



（連帯保証人）

住 所

氏 名

印

職 業

生年月日 年 月 日生（ 歳）

申請者との関係

電話番号

（連帯保証人）

住 所

氏 名

印

職 業

生年月日 年 月 日生（ 歳）

申請者との関係

電話番号

注 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあつては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年 月日 年 月 日生（ 歳）」については記入しないこと。

記 載 例

同 意 書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこととし、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容を確認の上、適用に同意します。

年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

申請者の氏名の記入を忘れないこと
なお、押印は「不要」



(申請者)
氏 名

私は、上記申請者の連帯保証人として、申請者が千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則に従うこと、また、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムについて、その内容を確認の上、申請者に適用されることに同意します。

- 連帯保証人の記入項目は、印鑑証明書の記載事項と一致するよう記入すること
- 連帯保証人の印影は、印鑑証明書で証明されている印影（実印）とすること
- 電話番号が複数ある場合は、それぞれ2段書きで記入すること



(連帯保証人)

住 所

氏 名

Ⓜ

職 業

生年月日 年 月 日生 (歳)

申請者との関係

電話番号

- 注 1 申請者が未成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち法定代理人（親権者等）を記入すること。
- 2 申請者が成年の場合は、連帯保証人は誓約書に記入されている連帯保証人のうち1名を記入すること。
- 3 連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日 年 月 日生 (歳)」については記入しないこと。