西暦　　年　　月　　日

2027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）

東邦大学医学部

医学部長　池田 隆徳　殿

学　校　名	
校　長　名	印
記 入 者 名	

下記の者は、2027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

記

志 望 学 部	医　学　部
フリガナ	
氏　　名	
推 薦 理 由	
特 記 事 項 （学業成績、課外活動の状況、生徒の特長　等）	

＜記入上のお願い＞
1．本推薦書への記入は、原則としてホームルーム担当の先生とします。
2．推薦理由には、学力の３要素（以下参照）を踏まえて記入ください。
　①「知識・技能」②「思考力・判断力・表現力」③「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度」

東邦大学医学部

２０２７年度　東邦大学医学部入学試験 自己アピールシート（推薦入試（公募制－千葉県地域枠））

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
2024 年度	
2025 年度	
2026 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。

２０２７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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（受験番号は大学側で記入します。）

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９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　（いずれかに〇）

２０２７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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">申
請
者</td><td>ふりがな
氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住所
及び電話番号</td><td colspan="3">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日
（年齢　歳）</td><td>大学名</td><td>大学医学部医学科
第　学年</td></tr>
<tr><td colspan="2">修学資金の種類</td><td colspan="3">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　小児科コース修学資金
4　産婦人科コース修学資金
（該当するものを〇で囲んでください。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">貸付申請金額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">貸付申請期間</td><td colspan="3">令和　　年　　月から令和　　年　　月まで
（修学期間　令和　　年　　月から令和　　年　　月まで）</td></tr>
<tr><td colspan="2">振込口座番号
（本人名義のもの）</td><td colspan="3">銀行　　支店
預金種別（ 普通 ・ 当座 ）　口座番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する診療科</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

注　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「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。

メールアドレス：

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　　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）

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。

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

修 学 資 金 貸 付 申 請 書

令和〇年〇月〇〇日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

・申請者及び連帯保証人の印影が必要です。
・連帯保証人の印影は、印鑑証明書で証明された印影（実印）としてください。
・申請者の印影は、実印である必要はありません。

申 請 者 氏 名　千葉　太朗　㊞ 押印
連帯保証人氏名　千葉　一朗　㊞ 実印
連帯保証人氏名　県庁　花子　㊞ 実印

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。

申請者	ふりがな 氏名	ちば　たろう 千葉　太朗		
	住所及び電話番号	〒000-0000 千葉県〇〇市〇〇１－１－１　電話　000（0000）0000		
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 （年齢〇〇歳）	大学名	〇〇大学医学部医学科 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　小児科コース修学資金 4　産婦人科コース修学資金 （該当するものを〇で囲んでください。）		
貸付申請金額		貸付期間の総額を記載してください。 国公立大学：**10,800,000円**／私立大学：**14,400,000円**		円
貸付申請期間		令和　９　年　４　月から令和　１５　年　３　月まで （修学期間　令和　９　年　４　月から令和　１５　年　３　月まで）		
振込口座番号 （本人名義のもの）		〇〇銀行　〇〇支店 預金種別（普通・当座）　口座番号　１２３４５６７		
希望する診療科		〇〇科		

申請者本人の連絡先（可能な限り携帯番号）を記入してください。

郵便番号も記入してください。

申請時点の年齢としてください。

・受験する大学名を記載してください。
・学年は、１学年としてください。

現時点で希望する診療科を記入してください。
希望する診療科がない場合は「未定」としてください。

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあ
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。

メールアドレス：●●●●@●●.●●.●●

メールアドレスを記入してください。

記　載　例

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。

令和○年○月○○日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

印影は、「修学資金貸付申請書」と同一の印影としてください。

（申請者）
氏　名　千葉　太朗　　印　押印

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。

■連帯保証人について
- 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として、２名必要です。
- 独立の生計を営む場合とは、原則、別居していることを指します。
- 配偶者は同一生計とみなします。別居している場合であっても不可です。
- 申請者が未成年（１８歳未満）の場合、１名は法定代理人（親権者等）としてください。
  成年（１８歳上）の場合は、これに限りません。

■記載上の注意
- 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してください。
- 印影は、必ず印鑑証明書で証明されている印影（実印）としてください。

※疑問等があれば、事前に県の担当者に確認し、記入してください。

（連帯保証人）
住　所　千葉県○○市○○１－１－１
氏　名　千葉　一朗　　印　実印
職　業　会社員
生年月日　昭和○○年○○月○○日生（○○歳）
申請者との関係　○○
電話番号　000（0000）0000

（連帯保証人）
住　所　千葉県○○市○○２－２－２
氏　名　県庁　花子　　印　実印
職　業　自営業
生年月日　平成○○年○○月○○日生（○○歳）
申請者との関係　○○
電話番号　000（0000）0000

注　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

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。

令和〇年〇月〇〇日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

（申請者）
氏　名　千葉　太朗

押印は不要です。

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　千葉県〇〇市〇〇１－１－１

氏　名　千葉　一朗　　印 実印

職　業　会社員

生年月日　昭和〇〇年〇〇月〇〇日生（〇〇歳）

申請者との関係　〇〇

電話番号　000（0000）0000

・　連帯保証人の記入項目は、印鑑証明書及び「誓約書」（第二号様式）の記載事項と一致するよう記入してください。
・　印影は、印鑑証明書で証明されている印影（実印）としてください。

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。