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－新潟県地域枠）

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－新潟県地域枠）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－新潟県地域枠））

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－新潟県地域枠）

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、新潟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、新潟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

あなたは医師ナビにいがたのホームページに掲載されている、「貸与事業実施規則および貸与事業実施規程」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－新潟県地域枠）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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別記第１号様式

新潟県医師養成修学資金貸与申請書

年　　月　　日

公益財団法人新潟医学振興会
理事長　　様

写真貼付欄
４cm×３cm
帽子やサングラス等着用の写真及びスナップ写真等は不可。最近３ヶ月以内に撮影された証明写真を全面糊付の上貼付する。

申請者　住　　所　（〒　　－　　）

(ふりがな)
氏　　名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日生
性　　別　　男・女
電話番号
E－mail

下記のとおり新潟県医師養成修学資金の貸与を受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請区分（貸与受けたい修学資金のコース）	重点コース（東邦大学医学部「新潟県地域枠」）			
所属	大学名	東邦大学	所在地	東京都大田区大森西５丁目２１－１６
	学部(学科)	医学部（医学科）		
	入学年月日	年　月　日	卒業見込年月	年　月
学歴	高等学校等	年　月		
		年　月		
	高等学校等以降	年　月		
		年　月		

家族状況	続柄	氏名	性別	居住地	職業（勤務先）	年収(円)

保証人			
	上記の者が新潟県医師養成修学資金の貸与を受けましたうえは、その連帯保証人となり、医師養成修学資金（重点コース（東邦大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則及び同実施規程に従い、誠実に債務を履行することを保証します。		
	住　　所		
	氏　　名	㊞	㊞
	生年月日	年　月　日生	年　月　日生
	電話番号		
	職　　業		
	本人との続柄		

所　信　書

（医師養成修学資金貸与申請書　裏面）

申請者氏名（ふりがな）	年齢	大学・学部（学科）
㊞		東邦大学医学部（医学科）

申　請　し　た　理　由

将　来　の　抱　負　（400 字以内）

（本県の地域医療に従事する意欲やどんな医師になりたいか等について自由に記載すること）

別記第２号様式

誓　　約　　書

年　月　日

公益財団法人新潟医学振興会

理事長　　様

本　　人　住所

氏名　　㊞

連帯保証人　住所

氏名　　㊞

連帯保証人　住所

氏名　　㊞

私は、新潟県医師養成修学資金（重点コース（東邦大学医学部「新潟県地域枠」））の貸与を受けるにつきましては、医師養成修学資金（重点コース（東邦大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則及び同実施規程を守り、大学を卒業後は2年以内に医師免許を取得し、直ちに新潟県内の病院で臨床研修に従事するとともに、臨床研修修了後は直ちに指定する医療機関に勤務し、臨床研修に従事したときから通算して9年間勤務することを誓います。

なお、前記実施規則及び実施規程の規定により貸与を受けた修学資金の返還事由を生じたときは、その日から１月以内に確実に修学資金及びその利息を返還します。

別記第２号様式の２

同　意　書

新潟県知事　殿

私は、新潟県医師養成修学資金の貸与を受けるにあたり、キャリア形成卒前支援プラン※への参加について同意するとともに、医師養成修学資金（重点コース（東邦大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則第８条（返還の債務の当然免除）に規定される新潟県の指定医療機関等における勤務について、キャリア形成プログラム※の下記事項につき同意します。

記

１　医師養成修学資金（重点コース（東邦大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則及び同実施規程を遵守すること。

２　大学を卒業した後２年以内に医師の免許を取得し、かつ同免許を取得後直ちに新潟県内の臨床研修病院で臨床研修に従事すること。

３　新潟県が策定するキャリア形成プログラム※に参加すること。

４　臨床研修修了後は直ちに**新潟県が指定する医療機関**に勤務し、臨床研修に従事した時点から通算して９年間以上在職すること。

なお、新潟県が認めた場合は、キャリア形成プログラムを一時中断することが可能であること。

５　新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム※から離脱しないこと。

新潟県は、死亡・重度の疾病等の場合を除き、原則としてキャリア形成プログラム※からの離脱に同意しないこと。

新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム※から離脱した場合、一般社団法人日本専門医機構が専門医の認定を行わないこと。

なお、新潟県の同意の有無に関わらず、キャリア形成プログラムから離脱した場合であっても、修学資金の貸借関係の解除に影響を及ぼさないこと。

年　　月　　日

入学出願者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署してください。）

保護者もしくは
法定代理人氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（入学出願者が未成年の場合は自署してください。）

※キャリア形成卒前支援プランとは、卒後のキャリア形成等を描けるよう、大学在学中から行う支援のこと。
※キャリア形成プログラムとは、地域枠医師等のキャリア形成と想定される指定医療機関等を示したもの。