推 B

受験番号	※

令和９年度　岐阜薬科大学
学校推薦型選抜Ｂ　入学確約書

令和　　年　　月　　日

岐阜薬科大学長　　様

私は、岐阜薬科大学の学校推薦型選抜Ｂに合格した場合、 貴学へ入学することをここに確約します。

1　住　　所　　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　氏　　名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（自署）

3　電　　話　　－　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注　※欄は記入しないでください。