

確約書

鳥取県知事 殿

私は、鳥取大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱ（特別養成枠）の趣旨を理解し、本入学枠に入学した際には、鳥取県緊急医師確保対策奨学金を受給することを確約します。

入学後は地域医療に貢献する強い意志を持ち、学業等に励み、卒業後は、下記1に掲げる従事要件を果たすとともに、鳥取県の地域医療に貢献することを確約します。

また、下記2に掲げる本入学枠の離脱要件について十分理解し、承知していることを確約します。

記

1 従事要件

(1) 医師免許取得後、直ちに9年間県職員として知事が勤務を命ずる県内の病院又は診療所において医師の業務に従事すること。

(2) 鳥取県内の病院が管理を行う臨床研修プログラムを受けること。

(3) 鳥取県キャリア形成プログラムで規定する医療機関及び診療科で医師の業務に従事すること。

※出産・育児・介護等に伴う休暇、育児休業、病気休職等の取得が可能です。

2 離脱要件

(1) 死亡したとき。

(2) 退学等により、医学課程を修了する見込みがなくなったとき。

(3) 卒業した日から起算して2年以内に医師国家試験に合格しなかったとき。

(4) 卒業後、医師になることを断念したとき。

(5) 心身に著しい障害を受けたため医師の業務に従事することができなくなったとき。

(6) その他特別の事情により、例外的にこれに応じることが適当であるとして、県が地域医療対策協議会に協議した上で離脱を承認したとき。

※上記の離脱要件のいずれにも該当しない事由によって、鳥取県緊急医師確保対策奨学金制度から離脱された場合には、県の同意がない離脱を行ったものとして、国及び一般社団法人日本専門医機構に報告することとされております。この場合において、一般社団法人日本専門医機構では、原則専門医の認定を行わないこととされておりますので、ご承知おきください。

令和 年 月 日

志願者 住所 _____

氏名(自筆) _____ 印

私は、志願者 _____ が、上記の確約書に記載されたすべての内容について確約したことを確認しました。

令和 年 月 日

保護者等 住所 _____

氏名(自筆) _____ 印