

県養成医師同意書

私は、兵庫県が取り組んでいるへき地医療の確保と向上を図るために、進んで全力でへき地医療に従事する気概と信念を有するものであり、このことから鳥取大学への入学を強く志望します。

入学が決定したのちは、途中で修学を中断したり、あるいは医師免許取得後、兵庫県養成医師制度から離脱し、開業医または勤務医となるような意思は全くなく、兵庫県が定める県養成医師キャリア形成プログラムに参加し、9年間、県が指定するへき地医療機関等において勤務することで医療の確保と向上に積極的に貢献することを誓約します。

なお、入学を志望するにあたり、「兵庫県養成医師制度について」（別紙）の内容を確認し、同意します。

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

(本人)
氏 名 (印)

(保護者もしくは法定代理人)
氏 名 (印)

※氏名は自筆であること

兵庫県養成医師制度について

入学後は、兵庫県養成医師制度の学生及び医師として、下記のとおり誠実に地域医療の確保と向上に積極的に取り組むとともに、離脱についてもご確認ください。

1 学生期間

地域医療の意義を理解し、へき地医療に携わる意識を醸成するため、県が指定する地域医療に関する各種研修に参加すること。

2 県養成医師期間

県養成医師キャリア形成プログラムに参加し、9年間、県が指定するへき地医療機関等において勤務することで医療の確保と向上に積極的に貢献すること。

3 離脱について

兵庫県養成医師制度においては、退学、死亡、公務に起因する心身の故障による免職、重度の心身の故障など県がやむを得ないと認める場合以外は、原則離脱することはできません。

なお、一般社団法人日本専門医機構は、都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱し、専門研修を開始した者については、原則、専門医の認定を行わないこととしており、同機構等からの求めがあれば、不同意離脱者に関する情報を提供します。

また、不同意離脱者については、今後、厚生労働省の決定により、その他の制約を課せられることがあります。