

## 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（地域枠）の趣旨を理解し、本入学枠に入学した際には、鳥取県医師養成確保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。
- (2) 専門研修プログラムを受ける場合、原則、鳥取県内の病院が管理するプログラムを受けること。
- (3) 臨床研修開始後、原則11年以内に鳥取県知事が指定する県内病院等において6年間通算して勤務すること（2年間の臨床研修期間を含む）。

※育児休業、病気休業、介護休業等を取得した場合、申請に基づき猶予期間が延長できます。また、鳥取大学医学部附属病院で勤務した場合も、猶予期間が延長されます。

#### 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) 卒業した日の属する年度の翌年度の初日から起算して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、鳥取県医師養成確保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場合があります。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