

## 確約書

鳥取県知事 殿  
鳥取大学長 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、学業等に励みます。

卒業後は、出願要件に定める下記1の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に掲げる鳥取大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱ（地域枠）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) 臨床研修修了後、原則9年以内に鳥取県知事が指定する県内病院等において4年間通算して勤務すること。

※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、県及び大学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。

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