

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（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認します。

入学後は、鳥取県のキャリア形成卒前支援プランに参加し、鳥取県の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、鳥取県のキャリア形成プログラムに参加し、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認します。

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（特別養成枠）の離脱要件に該当する場合のみが同意離脱にあたり、単に奨学金を返還しただけでは不同意離脱（注）となり専門医資格取得の際などに不利となる場合があることについて十分理解し、承知していることを確認します。

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また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認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

（注）鳥取県または鳥取大学との間で不同意のまま地域枠医師の従事要件から離脱すること