確 約 書

島根県知事　　殿
鳥取大学長　　殿

私は，鳥取大学医学部医学科島根県枠の趣旨を理解し，鳥取大学医学部医学科に合格した際には，入学し，かつ，島根県の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，島根県のキャリア形成プログラムに参加し，下記１に掲げる従事要件を果たすとともに，島根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島根県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）島根県内の病院の臨床研修プログラムにより初期研修を受けること。
（２）医師国家試験に合格した日の属する月の翌月の初日から１２年を経過する日までの間に（１）の期間を含めて９年間キャリア形成プログラムで規定する指定医療機関（うち４年以上は特定地域医療機関）で医師の業務に従事すること。

２ 離脱要件
（１）死亡したとき。
（２）退学等により，医学科の教育課程を修了する見込みがなくなったとき。
（３）医師国家試験の不合格により，医師になることを断念したとき（注１）。
（４）その他（１）から（３）に準ずるやむを得ない事由（注２）があるとして，県及び大学が地域医療対策協議会（島根県地域医療支援会議）に協議した上で離脱を承認したとき。

（注１）（３）により離脱したのち，他の入学枠に基づく医学科の教育課程を修了することなく医師国家試験に合格したことが判明した場合は，離脱承認を取り消す。この場合，鳥取大学医学部医学科島根県枠卒業医師として１に掲げる従事要件を履行する。
（注２）心身故障のうち，回復の見込みがない場合を想定している。

令和　　年　　月　　日

志願者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

確 認 書

島根県知事　　殿
鳥取大学長　　殿

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