確 約 書

鳥取県知事 殿
鳥取大学長 殿

私は、鳥取大学一般選抜（前期日程）医学部医学科（地域枠（鳥取県枠））の趣旨を理解し、本入学枠に入学した際には、鳥取県の奨学金を受給することを確約します。
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）臨床研修開始後、１２年以内に鳥取県知事が指定する県内病院等において医師として９年間通算して勤務すること。かつ、この９年間のうち知事が指定した区域において４年（臨床研修期間を除く）以上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は申請に基づき猶予期間が延長できます。

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

（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