

同意書 (秋田県地域枠)

秋 田 県 知 事 様
秋田大学医学部長 様

私は、秋田大学医学部医学科の地域枠 (秋田県地域枠) 入学者として、下記の事項に同意します。

記

(修学資金の貸与)

- 1 秋田県医学生等修学資金の貸与を6年間受けること。

(従事要件)

- 2 医師免許取得後は、秋田県地域枠医師等キャリア形成プログラム（以下「プログラム」という。）の適用を受け、プログラムに従って、秋田県内の公的医療機関等で9年間勤務し、そのうちの4年間（臨床研修期間を除く。）は知事が指定する医師少数区域等の公的医療機関等で勤務すること。

(離脱要件)

- 3 在学中に修学資金の貸与を辞退する場合又は大学卒業後にプログラムから離脱する場合は、退学、死亡、心身の故障、大学卒業後1年6カ月以内に医師免許を取得できない、その他知事がやむを得ないと認める事由が存在し、かつそれにより猶予期間を設定してもプログラムに則った勤務が困難であると認められる場合に限り、知事が離脱に同意することとし、その場合は、秋田大学と県に誠意を持って説明を行うこと。

以上

また、上記3により離脱にあたり同意が得られなかった者（以下「不同意離脱者」という。）の取扱いについて次のとおりとなることを理解します。

- ・臨床研修において不同意離脱者を採用している病院は、臨床研修費等補助金が減額されるため、病院によってはその者の採用を控えることがあること。
- ・一般社団法人日本専門医機構（以下「機構」という。）は、不同意離脱者の場合は、専門研修プログラムに参加しても、その研修は専門研修とは認められないことがあるとしていること（別添機構が公表している「地域枠および従事要件のある専攻医の取扱いについて」を参照）。

令和 年 月 日

本 人 住所 _____
氏名 _____

保護者又は 住所 _____
連帯保証人 氏名 _____