

医学部地域枠志願に関する同意書

私は、必要な医師が不足している神奈川県内の地域医療において貢献するため、文部科学省及び厚生労働省が設定する卒業後の一定期間、県内での勤務が義務付けられた医学部地域枠として志願します。

大学在学中の6年間は、「キャリア形成卒前支援プラン」の内容に基づき、神奈川県地域医療支援センターが実施する地域医療に関する各種ガイダンス、セミナー等に参加し、地域医療に貢献する意識や将来の職業選択に対する意識の向上を図ることに同意します。

大学卒業後は9年間、関係法令及びキャリア形成の道筋を大枠で示す「キャリア形成プログラム」の内容に基づき、県内の医療機関に就業し、地域医療の指導的・中核的役割を担うなど、顕在化している医師不足の改善に寄与し、県民医療に貢献することに同意します。

あわせて、別添「医学部地域枠制度について」の内容を確認し、同意します。

令和 年 月 日

神奈川県知事 様
聖マリアンナ医科大学学長 様

本人氏名
生年月日 年 月 日生
現住所

私どもは、上記入学者の法定代理人（保護者）として、上記に同意します。

法定代理人
（保護者）
氏名
生年月日 年 月 日生
現住所

(別 添)

医学部地域枠制度について

医学部地域枠とは、地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠です。

入学後は、地域枠の学生及び医師として、下記のとおり誠実に義務を履行する必要がありますので、ご確認ください。

1 学生期間

地域医療の意義を理解し、必要な医師が不足している神奈川県内の地域医療に貢献するため、キャリア形成卒前支援プランの内容に基づき、神奈川県地域医療支援センターが実施する地域医療に関する各種ガイダンス、セミナー等に参加し、地域医療に貢献する意識や将来の職業選択に対する意識の向上を図ること。

2 養成医師期間

卒業後は、自身が選択するキャリア形成プログラムに基づき、初期臨床研修期間を含む9年間、県内医療機関等において従事することで医師不足の改善に寄与し、県民医療に貢献すること。

3 離脱について

心身の故障、退学、死亡、国家試験不合格後に医師になることを諦める場合など神奈川県がやむを得ないと認める理由を除き、離脱することなく義務を履行すること。

※1 心身の故障については複数の第三者による事実認定が必要になります。

※2 神奈川県の同意を得ることなく医学部地域枠制度から離脱した場合、不同意離脱者として、厚生労働省及び一般社団法人日本専門医機構に情報提供を行います。