

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以下の内容に同意の上、志願します。

(同意内容)

- ・ 大学在学中は、「キャリア形成卒前支援プラン」に従うことを同意します。
- ・ 大学卒業後は、「キャリア形成プログラム」に従うことを同意します。
- ・ 裏面の別添「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

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ために大学医学部に設けられた定員枠です。

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、神奈川県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 地域医療従事期間

卒業後は一定期間（原則、修学資金の貸付期間の1.5倍の期間）、県が策定し、自身が選択する「キャリア形成プログラム」の内容に基づき（※1）、県内の相対的に医師が不足する地域に所在する医療機関等で従事することで、医師不足の改善に寄与し、県の地域医療に貢献すること。

なお、相対的に医師が不足する地域については、厚生労働省が示す医師偏在指標に基づき今後変更される可能性があることに留意すること。

※1 「神奈川県地域医療医師修学資金貸付制度の手引き」及び「診療科別キャリア形成プログラム」に記載された内容に準じる。

3 地域医療従事期間終了後

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した後、県による従事先の調査に協力すること。

4 離脱について

心身の故障（※2）、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事由を除き、離脱することなく義務を履行すること。

なお、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。

※2 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。