

地域枠の従事要件に関する確認書

近年、地域医療への貢献等を目的とした都道府県の地域枠の学生が増加していることから、当院では研修医の採用時に『地域枠従事要件』が課されているか否かの確認を行っておりますので、下記設問についてご回答をお願いいたします。

※この確認は、厚生労働省通達「臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際の留意事項について」の一部改正について（平成30年8月20日付医政医発0820第2号）に基づき行っております。

記載日：令和 年 月 日

希望診療科名： _____
氏 名： _____

- 質問1 医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（奨学金含む）がありますか。
または、現時点で離脱しているが過去に地域枠で従事要件が課されていましたが。
- はい ⇒質問2へ
 いいえ ⇒質問は以上で終了です

質問2 従事要件が課されている都道府県をお答えください。

--

質問3 地域枠での従事要件の内容について具体的にご記入ください。

従事要件	
義務年限	
その他	