

同意書

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に地域枠として入学した場合は、下記の事項に同意します。

記

(修学資金の貸与)

1 入学後は、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、志願者は、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が行う専門研修において、不同意離脱者については専門医の認定を原則行わないこととされていること。

令和 年 月 日

志願者（本人） 住所 _____

氏名 _____ (自署)

保護者又は 住所 _____
連帯保証人

氏名 _____ (自署)