

同意書

岩手県知事 様

私は、地域枠制度が地域医療に従事する医師を養成することを目的とし、医学部入試において別枠で選抜する入試枠であることを十分理解した上で志願するとともに、岩手医科大学医学部学校推薦型選抜地域枠A入試に合格し、岩手医科大学医学部医学科に入学した場合は、下記に掲げる要件について十分に理解し、承知していることを誓約した上で岩手県医師修学資金を借り受け、医師免許取得後、医師として岩手県の地域医療に貢献することに同意します。

記

1 岩手県医師修学資金制度における勤務義務について【従事要件】

- (1) 医師免許取得後は、岩手県キャリア形成プログラムの定めるところにより、17年以内に11年間、岩手県知事が指定する医療機関で従事すること。
- (2) 臨床研修については、必ず岩手県内の基幹型臨床研修病院で研修に従事すること。

2 奨学金制度からの離脱について【離脱要件】

本制度から離脱する際には、岩手県知事は真にやむを得ないと判断する場合のみ地域枠（キャリア形成プログラム）からの離脱を認める（合意する）ものであること。

なお、岩手県知事が離脱を認める（合意する）事由の例は、次のとおりであること。

- (1) 医師国家試験不合格のとき（3回不合格となった場合）。
- (2) 死亡したとき。
- (3) 大学を退学したとき。
- (4) 医師国家試験不合格後に医師になることを断念するとき。

令和 年 月 日

(志願者本人)

住 所

氏 名 (自筆)

(保護者又は法定代理人)

住 所

氏 名 (自筆)

(続柄:)