

誓 約 書

三重大学長 殿

私は、三重大学医学部医学科「地域枠A」、「地域枠B」または「三重県地域医療枠」に出願し、入学した折には、三重県医師修学資金の貸与を入学初年度より受けると共に、卒業後は、三重県地域医療支援センターキャリア形成プログラムに沿って、三重県内で9年間（うち一定期間は医師不足地域）（※1）（※2）勤務（※3）し、三重県内での医療・医学の発展とその継続に貢献することを誓約します。

入学後は、医学部医学・看護学教育センターの指導・助言を受けるとともに、三重県地域医療支援センターキャリア形成卒前支援プランの適用を受けて、医学部での地域医療の学習を行います。卒業後は、三重大学医学部附属病院または三重県内の基幹型臨床研修病院での臨床研修プログラムに参加し、その後、専門医取得を目的として三重大学医学部附属病院群での専門研修プログラムに沿って研修します。

- （※1） 地域枠Aまたは三重県地域医療枠：医師不足地域で1年以上
地域枠B：医師不足地域のうち推薦地域において2年以上
（ただし、それぞれ臨床研修期間を除く）
- （※2） 医師不足地域とは、三重県医師確保計画に定める医師少数区域および医師少数スポットを指す
- （※3） 地域枠B：臨床研修後は内科、外科、救急科または総合診療科の医師として勤務
（推薦地域での勤務において、選択した診療科の指導医がいない場合は、指導医がいる診療科で勤務）

令和 年 月 日

志願者 氏 名
生年月日 昭和・平成 年 月 日生

保護者等 氏 名
（志願者との間柄 ）
生年月日 昭和・平成 年 月 日生

注1．記入にあたっては、ペン又はボールペン（黒又は青）を使用してください。
注2．志願者及び保護者等欄はそれぞれ自筆で記入してください。