

様式 1

同 意 書

三重県知事 様

1. 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」に合格し、入学した場合は、入学初年度から三重県医師修学資金に応募し、貸与を受けるとともに、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、卒後は、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基づき、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）することに同意します。

（※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）

2. 私は、前項に掲げた卒後の従事要件からの離脱およびその手続き等については、「地域枠における卒後の従事要件等の取扱いに関する要項」に基づき取り扱うことに同意します。

（以下、自筆で記入してください。）

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： _____
志願者との続柄： _____
生年月日： 昭和・平成 年 月 日生

《個人情報提供に関する同意書》

この同意書に記載した情報について、三重大学医学部に提供することに同意します。

志願者 氏 名： _____

保護者等 氏 名： _____

添付書類：志願者および保護者等の本人確認書類の写し