

同意書

岡山県知事 殿

私は、貴県が設置する岡山大学医学部医学科地域枠コース（以下「地域枠」という。）の入学試験（学校推薦型選抜Ⅱ）の志願に際して、貴県内の医師不足地域等の医療を支える医師を養成する地域枠の趣旨及び責務を十分に理解しており、地域枠に入学することとなったときは、下記の従事要件及びその離脱要件等に従うことに同意します。

年 月 日

入学志願者氏名（自署）

入学志願者の保護者又は法定代理人氏名（自署）

記

- 地域枠卒業後の従事要件は、次のとおりとする。
 - 岡山県医師養成確保奨学資金の貸与を受けた期間の1.5倍の期間、知事が指定する県内の医療機関における医療業務（以下「指定業務」という。）に従事する。
 - 指定業務に係る期間のうち、県内の基幹型臨床研修病院（大学病院を含む。）が行う臨床研修（2年間）及び県内の専門研修基幹施設等が行う研修の期間（2年以内）を除いた5年以上の期間は、知事が指定する県内の医師不足地域等の医療機関に勤務し、診療等に従事する。
 - 「岡山県医師養成確保奨学資金貸与規則及び貸付金の返還免除に関する条例の運用について【キャリア形成プログラム】（平成28年3月31日医推第1638号）」の規定に従う。
- 地域枠卒業後の従事要件に係る離脱要件は、次のとおりとする。
 - 地域枠在学中
退学、死亡など、離脱が真にやむを得ないと県が認める場合
 - 地域枠卒業後
死亡、心身の故障（医療業務を継続することができなくなった場合に限る。）など、離脱が真にやむを得ないと県が認める場合
- 前項によらず、地域枠卒業後の従事要件から離脱した場合、県の同意がない離脱として、国及び一般社団法人日本専門医機構に報告します。