

「地域枠の従事要件」に関する確認書

地域医療への貢献等を目的とした地域枠の学生の増加に伴い、当院では医師の採用時に「地域枠従事要件」が課されていないかの確認を行っておりますので、以下の質問にご回答をお願いします。

記載日： 令和 年 月 日

氏名 _____

質問1 医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（含む奨学金）がありましたか。
(いずれかを○で囲んでください。)

はい ⇒ 質問2 にもご回答ください。
いいえ

質問2 当院での勤務開始予定日時点で、地域枠の義務年限は残っていますか。
(いずれかを○で囲んでください。)

はい ⇒ 質問3 にもご回答ください。
いいえ ⇒ 奨学金返還済み
その他 (その他を選択した場合は質問3に詳細を記載)

質問3 地域枠での従事要件の具体的な内容について、記載をお願いします。