

同意書

福島県知事 様

私は、公立大学法人福島県立医科大学医学部一般選抜地域枠を志願しており、入学を許可されたときには、福島県緊急医師確保修学資金貸与条例及び福島県緊急医師確保修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守し、福島県が指定する福島県緊急医師確保修学資金の貸与を受け、卒業後は以下に記載の従事要件の下、福島県が指定する公的医療機関等に従事することに同意します。

また、福島県緊急医師確保修学資金貸与条例に規定されている離脱要件（第5条第1項）の内容について同意するとともに、修学資金制度を完遂するため、安易に離脱することはいたしません。

1 従事要件

(1) 従事期間

期間については、「臨床研修（2年間）」、「後期研修（最大4年間）」、「勤務期間（最低3年間）」の9年間とする。

なお、勤務期間の内、最低1年間は、県内の公的医療機関等に勤務しながら、へき地医療拠点病院、へき地診療所（国民健康保険診療所等）等に週1日以上診療応援を行うこととする。

(2) 従事対象医療機関

- ①臨床研修：福島県知事が指定する県内の医療機関
- ②後期研修：福島県知事が認める県内の医療機関
- ③勤務：県内の勤務対象医療機関等

2 離脱要件

福島県緊急医師確保修学資金貸与条例第5条第1項の記載による。

令和 年 月 日

本人現住所

本人氏名（自署）

_____ (印)

保護者（もしくは法定代理人）現住所

保護者（もしくは法定代理人）氏名（自署）

_____ (印)

本人との続柄 _____