同　意　書

福島県知事　様

私は、福島県立医科大学医学部学校推薦型選抜 B 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）」、「専門研修（最大 4 年間）」、「勤務期間（最低 3 年間）」の 9 年間とする。

なお、勤務期間のうち、最低 1 年間は、県内の公的医療機関等に勤務しながら、国保診療所、市町村立診療所又はへき地医療拠点病院等に週 1 日以上の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専門研修：福島県知事が認める県内の医療機関

③勤　　務：県内の公的医療機関等

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 項の規定による。

令和　　年　　月　　日

本人現住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人氏名（自署） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保証人現住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保証人氏名（自署） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄＿＿＿＿