※

※印欄は記入しないでください。

地域枠志願者用

別記第１号様式の２

同 意 書

新潟県知事 殿

私は、新潟県医師養成修学資金の貸与を受けるにあたり、キャリア形成卒前支援プラン※への参加について同意するとともに、医師養成修学資金貸与事業実施規則第９条（返還の債務の当然免除）に規定される新潟県の指定医療機関等における勤務について、キャリア形成プログラム※の下記事項につき同意します。

記

１　医師養成修学資金貸与事業実施規則及び同実施規程を遵守すること。

２　大学を卒業した後２年以内に医師の免許を取得し、かつ同免許を取得後直ちに新潟県内の臨床研修病院で臨床研修に従事すること。

３　新潟県が策定するキャリア形成プログラム※に参加すること。

４　臨床研修修了後は直ちに**新潟県が指定する医療機関**に勤務し、臨床研修に従事した時点から通算して９年間以上在職すること。

なお、新潟県が認めた場合は、キャリア形成プログラムを一時中断することが可能であること。

５　新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム※から離脱しないこと。

新潟県は、死亡・重度の疾病等の場合を除き、原則としてキャリア形成プログラム※からの離脱に同意しないこと。

新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム※から離脱した場合、一般社団法人日本専門医機構が専門医の認定を行わないこと。

なお、新潟県の同意の有無に関わらず、キャリア形成プログラムから離脱した場合であっても、修学資金の貸借関係の解除に影響を及ぼさないこと。

年　　月　　日

入学出願者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署してください。）

保護者もしくは

法定代理人氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（入学出願者が未成年の場合は自署してください。）

※キャリア形成卒前支援プランとは、卒後のキャリア形成等を描けるよう、大学在学中から行う支援のこと。

※キャリア形成プログラムとは、地域枠医師等のキャリア形成と想定される指定医療機関等を示したもの。