地域枠従事要件に関する確認書

当院では、地域医療への貢献等を目的とした地域枠学生の増加に伴い、臨床研修医の採用に際し「地域枠従事要件」の有無を確認しております。
下記の設問にご回答ください。なお、本確認は厚生労働省通知に基づき実施するものです。

記入日:　　年　　月　　日

氏　名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【質問 1】

都道府県あるいは大学から卒業後の従事要件が課せられていますか？

☐ はい（→質問 2 以降へ）　☐ いいえ（→終了）

【質問 2】

従事要件が課されている都道府県あるいは大学名をお答えください。

（　　）

【質問 3】

従事要件の内容を具体的にご記入ください。

制度名称	
義務年限	
従事要件	
その他	