

【記載例】

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： 2026 年 6 月 1 日

氏 名： 中病 太郎

【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。

(山梨県)

【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	山梨県医師修学資金貸与制度 第二種 医師修学資金
義務年限	管理期間:15 年間 義務年限:通算 9 年間
従事要件	医師免許取得後、15 年間の管理期間のうち、臨床研修を含め通算 9 年間で就業義務年限として、知事が指定する県内の特定公立病院等に勤務する。 そのうち 4 年間以上は、医師の確保を特に図るべき区域等に所在する知事が指定する特定公立病院等に勤務する。
その他	

