

初期臨床研修期間（２年間）における都道府県地域枠の従事要件等の確認書

以下、該当する箇所に☑を入れてください。

いずれ
かに☑

- ☐ ①私は、都道府県地域枠入学者ではありません。
- ☐ ②私は、都道府県地域枠入学者です。

(②に☑された方にお伺いします。)

- ☐ ③都道府県地域枠入学者だが、すでに地域枠離脱について申請を行い、離脱が妥当と判定されています。

いずれ
かに☑

- ☐ ④私は、奨学金制度の利用による地域医療に従事する要件等が課されている者ではありません。
- ☐ ⑤私は、奨学金制度の利用による地域医療に従事する要件等が課されています。

(⑤に☑された方にお伺いします。)

- ☐ ⑥奨学金制度の利用をしているが、在学中に奨学金を全額返金する等で地域医療への従事義務はありません。

なお、③、⑥のいずれかに該当する場合は内容がわかる証明（募集要項のコピー等）を添付の上、本用紙と共に提出します。

この申請に関して虚偽があったことが判明した場合、または報告すべき事項を報告しなかったことが判明した場合には、関西労災病院マッチング試験の採用取り消しとなったとしても、異議は一切申し立てません。

令和 年 月 日

(署名)
