

関西労災病院専門医研修プログラムの研修期間における従事要件等の確認書

1. 大学入学時に卒後の従事要件を伴う地域枠・特別枠などに該当しているかお尋ねします。
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、卒後に従事要件を伴う枠での入学者ではありません。

☐ ②私は、卒後に従事要件を伴う枠での入学者です。

(大学名) 入学枠正式名称：

2. 1において②に☑した方にお伺いします。
以下、該当する箇所に☑を入れてください。

いずれ
かに☑

☐ ①卒後の従事要件をすでに終えている。

☐ ②奨学金の返金などの方法で従事要件からの離脱が承認されている。

☐ ③専門研修の期間内に、なんらかの従事要件を満たす義務がある。

従事要件内容：

なお、2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、関西労災病院専攻医採用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)