

地域枠の従事要件に関する確認書

地域医療への貢献等を目的とした地域枠の学生の増加に伴い、当院では研修医の採用時に『地域枠従事要件』が課されているか否かの確認を行っております。つきましては、下記設問についてご回答をお願いいたします。

※厚生労働省通達「臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際の留意事項について」の一部改正について（平成30年8月20日付医政医発0820第2号）に基づき確認を行っております。

記載日：令和 年 月 日

大学名： _____

氏名： _____

質問 1. 地域枠での従事要件がありますか。（いずれかを○で囲んでください）

はい ⇒ 質問2にもご回答ください。

いいえ ⇒ 質問は以上で終了です。

質問 2. 地域枠での従事要件の内容について、具体的にご記入ください。

従事要件	
義務年数	
その他	