

# 滋賀県医学生修学資金等に関する同意書

私は、下記のことについて同意します。

記

## 1 滋賀県医学生修学資金について

### 【滋賀県医学生修学資金の従事要件（返還免除要件）】

- ・ 大学卒業後（医師免許取得後）、直ちに返還免除対象施設において9年間（うち臨床研修修了後、4年以上はA群病院以外の返還免除対象施設において）、診療業務等に従事すること。
- ・ 大学卒業後、「滋賀県医師キャリア形成プログラム」の適用を受けること。

### 【滋賀県医学生修学資金の離脱時の取扱い】

- ・ 県がやむを得ないと認める場合以外は、原則離脱することはできないこと（不同意離脱）とし、県は以下のとおり対応すること。
  - ▷ 離脱の意思表示があった者に対しては、本人から事情を十分に聴いた上で、義務の一時中断等により離脱を回避できないか話し合います。
  - ▷ 最終的には、県の附属機関である滋賀県地域医療対策協議会に諮り、その結果を踏まえ、県として判断します。
  - ▷ 県に事前の申し出や相談がなく、事後的に離脱が判明した場合には、理由の如何に関わらず不同意とします。
- ・ 一般社団法人日本専門医機構等から求めがあれば、不同意離脱者に関する情報を提供すること。（一般社団法人日本専門医機構は、都道府県の同意を得ず、従事要件のある修学資金制度等を離脱し、専門研修を開始した者については、原則、専門医の認定を行わないこととしています。また、不同意離脱者については、今後、厚生労働省の決定により、その他の制約を課せられることがあります。）

## 2 滋賀県キャリア形成卒前支援プランについて【任意】

- ・ 在学中、「滋賀県キャリア形成卒前支援プラン」の適用を受けることに  
（  同意します。  同意しません。 ）

年 月 日

滋賀県知事 あて

（申請者本人）

住所 〒

氏名

㊟

（保護者もしくは法定代理人）

住所 〒

氏名

㊟

※ 1は必須項目です。

※ 2は任意項目ですので、「同意します・同意しません」のいずれかを選択してください。