

大阪府地域医療確保修学資金貸与事業（一般枠）同意書

私は、大阪府の地域医療に従事する意欲を有するものであり、大阪府地域医療確保修学資金の貸与を希望します。

修学資金の貸与を受けることになった場合は、大阪府が定める大阪府医師キャリア形成プログラムに参加し、大阪府地域医療確保修学資金貸与制度から離脱することなく、9年間、府が指定する医師の確保を特に図るべき区域の病院や、周産期医療、小児医療、救急医療または総合診療等において勤務することで医療の確保と向上に積極的に貢献することに同意します。

年 月 日

大阪府知事 様

(本人)

氏 名 (印)

(保護者もしくは法定代理人)

氏 名 (印)

※氏名は自筆であること

大阪府地域医療確保修学資金貸与制度について

入学後は、大阪府地域医療確保修学資金貸与制度の医学生及び医師として、下記のとおり誠実に地域医療の確保と向上に積極的に取り組むとともに、離脱についてもご確認ください。

1 学生期間

大阪府の地域医療に携わる意識を醸成するため、卒前支援プラン※に参加するとともに、府が指定する地域医療に関する各種研修に参加すること。

※卒前支援プラン 大阪府が大学や医療機関と連携し、地域医療へ貢献する意思を有する学生に対し、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、対象学生が学生の期間を通じて、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援するプラン。

2 大学卒業後の従事期間

大阪府医師キャリア形成プログラムに参加し、9年間、府が指定する医師の確保を特に図るべき区域の病院や、周産期医療、小児医療、救急医療または総合診療等において勤務することで医療の確保と向上に積極的に貢献すること。

3 離脱について

大阪府地域医療確保修学資金貸与制度においては、府は退学、死亡、業務に起因する心身の故障など、医師として復帰ができず猶予期間を設定しても就業することが特に困難であると考えられる場合以外は、原則離脱することはできません。