地域枠に係る確認書

厚生労働省から臨床研修病院は研修医の募集及び採用を行う際、研修希望者の地域医療への従事要件等を確認するよう通知がありましたので、下記の事項についてお答えください。

受験番号　[　　　]

氏　　名［　　　 　　 　 　　　　　　　　　］

Ｑ１　あなたは、地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠、いわゆる「地域枠」の入学者ですか。

　　　（　はい　・　いいえ　）

【以下は、Ｑ１の回答が「はい」の場合のみ回答ください】

Ｑ２　どこの都道府県等の地域枠ですか。

　　　　都道府県名等［　　　　　　　　　　］

Ｑ３　あなたは、臨床研修期間中に指定された地域や病院での従事要件が課せられていますか。

　　　（　はい　・　いいえ　・　わからない　）

※Q1で｢はい｣に該当した方については(※辞退した場合を含む)、試験日までに必ず電話により連絡してください。