

同意書

新潟県知事 殿

私は、新潟県医師養成修学資金の貸与を受けるにあたり、キャリア形成卒前支援プラン※への参加について同意するとともに、医師養成修学資金（重点コース（北里大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則第8条（返還の債務の当然免除）に規定される新潟県の指定医療機関等における勤務について、キャリア形成プログラム※の下記事項につき同意します。

記

- 1 医師養成修学資金（重点コース（北里大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則及び同実施規程を遵守すること。
- 2 大学を卒業した後2年以内に医師の免許を取得し、かつ同免許を取得後直ちに新潟県内の臨床研修病院で臨床研修に従事すること。
- 3 新潟県が策定するキャリア形成プログラム※に参加すること。
- 4 臨床研修修了後は直ちに新潟県が指定する医療機関において、内科、外科、総合診療科、小児科のいずれかの診療科で業務に従事し、臨床研修に従事した時点から通算して9年間以上在職（うち5年間は新潟県と連携する市町村に所在する指定医療機関に在職）すること。

なお、新潟県が認めた場合は、キャリア形成プログラム※を一時中断することが可能であること。

- 5 新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム※から離脱しないこと。
新潟県は、死亡・重度の疾病等の場合を除き、原則としてキャリア形成プログラム※からの離脱に同意しないこと。

新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム※から離脱した場合、一般社団法人日本専門医機構が専門医の認定を行わないこと。

なお、新潟県の同意の有無に関わらず、キャリア形成プログラム※から離脱した場合であっても、修学資金の貸借関係の解除に影響を及ぼさないこと。

年 月 日

入学出願者氏名： _____
(自署してください。)

保護者もしくは
法定代理人氏名： _____
(入学出願者が未成年の場合、自署してください。)

新潟県地域枠指定校

指定市町村希望順位申出票

受験番号

※大学記入

氏 名

募集要項記載の指定市町村の希望順位は以下の通りです。

第1希望	佐渡市 (佐渡総合病院)	・	村上市 (村上総合病院)	・	南魚沼市 (南魚沼市民病院)
第2希望	佐渡市 (佐渡総合病院)	・	村上市 (村上総合病院)	・	南魚沼市 (南魚沼市民病院)
第3希望	佐渡市 (佐渡総合病院)	・	村上市 (村上総合病院)	・	南魚沼市 (南魚沼市民病院)

※1 希望する市に○をしてください。成績順位に基づき各市の合格者を決定いたします。希望の市が充足している場合、希望順位に従い他の市での合否を判定します。

※2 特定の市のみの特願の場合は、第2希望以降或いは第3希望を記載しなくても構いません。

【例】	成績順位	第1希望	第2希望	第3希望	
	1位	○A市	B市	C市	・・・A市合格
	2位	A市	○B市	C市	・・・B市合格
	3位	A市	なし	なし	・・・不合格
	4位	A市	B市	○C市	・・・C市合格