

誓約書

作成日 年 月 日

山梨大学長 殿
山梨県知事 殿

私は、山梨大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱ(地域枠)に出願するにあたり、入学を許可された上は、地域枠の趣旨である山梨県内の医師不足解消を目的に、卒業後に山梨県内の指定医療機関への就業義務があることを理解し、下記の事項を遵守することを誓います。

記

- ① 事前に山梨県のホームページで山梨県医師修学資金貸与制度(第二種)、山梨県地域枠等医師キャリア形成プログラムを確認し、制度の内容を理解しています。
- ② 入学試験に合格した場合は入学することを確約し、山梨県医師修学資金貸与制度(第二種)を利用するための契約を山梨県と締結します。
- ③ 大学在籍中は勉学に励み、継続して山梨県地域枠等医師キャリア形成卒前支援プランに参加します。
- ④ 卒業後2年以内に医師免許を取得し、医師国家試験合格後、山梨県が作成したキャリア形成プログラムに基づき地域医療に従事します。
- ⑤ 医師免許取得後15年間のうち9年間(※)は山梨県内の指定医療機関において診療に従事します。(※うち4年間程度は医師の確保を特に図るべき区域等において従事します。)
- ⑥ 臨床研修(医師免許取得後最初の2年間)は、必ず山梨県内の病院が実施するプログラムで行います。
- ⑦ 医師免許取得後、15年以内(災害・疾病等のやむを得ない理由により診療に従事することができない期間は、15年に算入しない)に専門研修を受ける場合には、必ず山梨県内の病院が実施するプログラムで行います。
- ⑧ 上記に違反した場合、出身高等学校等に連絡が行く可能性があることを理解しています。

志願者氏名(自筆)

印

保護者氏名(自筆)

印

(裏面あり)

意 思 確 認 書

山梨大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱ（地域枠）の最終選抜合格者に対して山梨県が実施する入学前教育の実施に必要な範囲において、山梨大学が本選抜の実施に際して取得した個人情報を山梨県へ提供し、山梨県が当該個人情報を利用することがあります。

なお、個人情報は、「個人情報の保護に関する法律」及び「国立大学法人山梨大学の保有する個人情報の保護に関する規則」に基づき適正に取り扱います。同意いただけない場合は、山梨県への情報提供は行いません。

【参考】国立大学法人山梨大学の保有する個人情報の保護に関する規則

https://www.yamanashi.ac.jp/wp-content/uploads/2016/01/hoyuu_kojinjouhou.pdf

山梨県への個人情報の提供について上記の内容をご確認の上、該当する欄に✓を付けてください。

上記の内容に ☐ 同意する ・ ☐ 同意しない

日付： 年 月 日

志願者氏名（自筆）：