

## 「地域枠の従事要件」に関する確認書

地域医療への貢献等を目的とした地域枠の学生の増加に伴い、当院では研修医の採用時に「地域枠従事要件」が課されているかどうかの確認を行っております。以下の質問にご回答をお願いいたします。

(この確認書は、厚生労働省より研修医の募集及び採用を行う際は地域医療への従事要件に配慮することと定められていることによるものです)

大学名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

提出日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

**質問1.** 初期臨床研修2年間における地域枠での従事要件がありますか。

(いずれかを○で囲んでください)

はい (質問2にもご回答ください)

いいえ

**質問2.** 初期臨床研修2年間における地域枠での従事要件の具体的な内容について、記載をお願いします。(質問1で、はい に○をつけた方のみご回答ください)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....