

## 「地域枠の従事要件」に関する確認書

近年、地域医療への貢献等を目的とした、いわゆる“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」が課されているか否かの確認を行っております。下記の質問にご回答をお願いします。

※この確認は厚生労働省「臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際の留意事項等について」に基づき行っております。

記入日：                      年                      月                      日

氏名	
----	--

### 〈質問 1.〉

都道府県あるいは大学から卒業後の従事要件が課せられていますか？(いずれかを○で囲んでください)

はい  (⇒質問 2.へ)	いいえ  (⇒質問は以上で終了です。)
---------------------	---------------------------

### 〈質問 2.〉

従事要件の内容について具体的にご記入ください。

名称①	
義務年限	
従事要件	
その他	

※複数の従事要件が課せられている場合は下記欄もご使用ください。

名称②	
義務年限	
従事要件	
その他	