

地域医療枠

誓 約 書

横浜市立大学長 様

神奈川県知事 様

私は今般、貴学医学部医学科「地域医療枠」を志望し、入学を許可された後は、生命の尊厳、患者等の人権の尊重、医療に関する高度な専門知識や技術の修得、医療システムの理解に加え、倫理観、安全意識、医師としての責任感を醸成すべく勉学に専念いたします。

そして、地域医療の担い手たるプライマリ・ケア医をはじめとする医学・医療の分野をリードする指導者の育成という貴学医学部医学科の教育目的に沿い、卒業後は自分が選択するキャリア形成プログラムに従い、貴学および神奈川県内地域中核病院等にて、2年間の初期臨床研修と7年間の診療業務に従事することにより、将来、地域医療の指導的・中核的役割を担うなど、顕在化している医師不足の改善に寄与し、県民医療に貢献することを誓約いたします。

記入日	2021年 月 日		
ふりがな			印
志願者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日 生		
現住所			

※地域医療枠を志望に含めるに際しては、出身高校の所在地や本人の県内居住歴に関する制約はありません。（出身高校の推薦書は必要／高認試験合格や廃校等の場合は応相談）