

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「神奈川県指定診療科枠」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します。

また、医師確保が困難な神奈川県知事が指定する診療科の専門医として地域医療を担うべく、貴学医学部医学科の教育目的に沿い、卒業後は自身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、神奈川県知事が指定する県内の病院で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			

【志望資格と神奈川県内居住の確認書類について】 以下の1・2のいずれかに○ いずれにも該当しない場合は、「神奈川県指定診療科枠」への志望資格はありません。	
神奈川県内所在の高等学校出身者である。（居住確認書類は不要）	1
上記1には該当しないが、（大学入学までに）神奈川県内に1年以上の居住歴がある。 → 1年以上の居住歴（見込）が分かる次のいずれかの書類（マイナンバー記載のないもの）を添付。	2
住民票 現在、神奈川県内に住所がある場合（現住所の市区町村発行）	
住民票の除票 神奈川県内から転出後5年以内の場合など（当時の市区町村発行）	
戸籍の附票 上記の場合でも、それ以外の場合でも可（本籍地の市区町村発行）	

※上記の書類が取得し難い場合、神奈川県医療課（電話 045-210-4877）に連絡の上、2021年1月8日（金）までに志望資格の承認を受けてください。