

令和3年度開始の専門研修においてシーリングの枠外とする地域枠等医師の登録希望リスト

資料 5 - 3

担当部署	
担当者名	
電話番号	
mail	

(提出日 2020年●月●日)

提出 都道府県	医籍登録番号	氏名	入学年度	入学時点での従事要件	専門研修期間中に課されている従事要件	本人の 同意	研修制度 プログラム制又は カリキュラム制	診療科	プログラム名 (研修施設名+プログラム名称) ※カリキュラム制の場合は主たる研修施設名を記載	地对協 承認日	
例	〇〇県	12345678	専門 太郎	H24年度	医師免許取得後、県内の付属病院で臨床研修（2年）を修了後7年間、県内の病院等で小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療のいずれかの領域に従事すること。（うち4年以上は指定する医療機関で従事すること。）	医師免許取得後、県内の付属病院で臨床研修（2年）を修了後7年間、県内の病院等で小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療のいずれかの領域に従事すること。（うち4年以上は指定する医療機関で従事すること。）	有	カリキュラム制	整形外科	〇〇赤十字病院小児科専門研修プログラム	10/31
適宜、行挿入											

＜備考＞ 枠外とする対象者要件

- ① 専門研修期間中に従事要件が課されており、修学資金の貸与がある地域枠医師
 - ② 自治医科大学卒の医師
 - ③ 新たに示された定義に準じた以下の要件をすべて満たす地域枠医師
 - ・ 別枠方式により選抜されていること
 - ・ 卒業直後より当該都道府県内における9年間以上の従事要件が課されていること
 - ・ 大学入学時に都道府県と本人と保護者もしくは法定代理人が従事要件に同意していること
 - ・ 都道府県のキャリア形成プログラムが適用されていること※
 - ・ 就学資金の貸与の有無は問わない
- ※疑義が生じた場合、当該医師がキャリア形成プログラムの適用を受けていることがわかる書類(契約書等)の提出を求めることがあります。