

## 京都府キャリア形成プログラム等適用同意書

私は、京都府が取り組んでいるへき地医療の確保と向上を図るために、進んで全力でへき地医療に従事する気概と信念を有するものであり、このことから京都府立医科大学への入学を強く志望します。

入学が決定したのちは、キャリア形成卒前支援プランに参加し、途中で修学を中断しないこと及び医師免許取得後、京都府が定めるキャリア形成プログラムに参加し、京都府が指定する医療機関等において、最低9年間以上勤務又は研修に従事することで医療の確保と向上に積極的に貢献することを誓約します。

なお、入学を志望するにあたり、「京都府キャリア形成プログラム等について」の内容を確認し、同意します。

年 月 日

京都府知事 様

(本人)

住 所

氏 名

年 月 日 生

(保護者又は法定代理人)

住 所

氏 名

年 月 日 生

注1：記入に当たっては、ペン又はボールペン（黒又は青）を使用してください。

注2：志願者及び保護者等欄は、それぞれ自筆で記入してください。