受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

地域枠入学者に関する調査（初期臨床研修）

ふりがな		性 別
氏　名	㊞	男 ・ 女
（出身）大学名		

以下の質問に答えてください。
虚偽の申告が確認された場合には、東邦大学での研修をお断りさせていただきます。

■あなたはいわゆる地域枠の学生（自治体等による地域医療医師奨学金受給者）ですか？
（「はい」または「いいえ」に丸をつけてください）

・はい → 奨学金制度の名称 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出願の際に奨学金の内容が分かる資料（貸与決定通知等）の写しを提出してください。

※地域枠入学者は、地域枠（自治体等による地域医療医師奨学金制度）で定められている、臨床研修期間中の地域医療への従事要件等と、今回受験するプログラムに齟齬がないか、自治体等との合意内容を十分確認してください。

・いいえ

東邦大学医学部