

(学校推薦型選抜(一般) A日程・久留米大学特別枠推薦型選抜・福岡県特別枠推薦型選抜用)

2024年度 久留米大学 面接票				受験番号	※
(ふりがな) 氏名	姓	名		男・女	写真貼付欄 (縦4.0cm・横3.0cm) 1. 正面、脱帽上半身に撮影 2. 出願前3カ月以内に撮影 3. 写真裏に氏名記入 4. 全面のりづけ
	生年月日		年 月 日生		
現住所	〒 -				
電話番号	自宅 - -	携帯	- -		
出願資格	高等学校名	都・道 国 立 府・県 公 立	高等学校		
	資格	卒業見込・卒業	年月(予定) 年 月		
卒業後の履歴 (注3)	年 月～				
	年 月～				
【久留米大学特別枠推薦型選抜を志願される場合は記入してください。】				※備考	
意思確認					
久留米大学長 殿 年 月 日					
久留米大学特別枠推薦型選抜を志願するにあたり、久留米大学に入学しましたおりは、出願資格③「本学を卒業後、久留米大学病院または久留米大学医療センターにおいて臨床研修(2年)を行い、臨床研修終了後、上記いずれかの病院において4年間勤務すること」を遵守いたします。					
氏名 ㊟					
【福岡県特別枠推薦型選抜を志願される場合は記入してください。】					
意思確認					
久留米大学長 殿 年 月 日					
久留米大学福岡県特別枠推薦型選抜を志願するにあたり、久留米大学に入学しましたおりは、大学卒業後2年以内に医師国家試験に合格した後、速やかに医師免許を取得し、奨学金の貸与を受けた期間の1.5倍の期間(通常は9年間で、2年間の初期臨床研修期間を含む)、県内の病院および診療所の外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科および総合診療のいずれかでの勤務すること、原則、福岡県が策定したキャリア形成プログラムを適用すること」を遵守いたします。また、在学中に、原則、福岡県が策定したキャリア形成卒前プランを適用することを遵守いたします。					
氏名 ㊟					

面接票記入上の注意

1. 文字は、黒インク(又は黒ボールペン)で、自筆で記入すること。
2. 空白がないようにすべての欄に記入し、該当文字は○でかこむこと。
3. 既卒者は卒業後の履歴を記入すること。(予備校名、入学した大学と学部名、自宅学習など)
4. ※印の受験番号欄と備考欄は記入しないこと。

2024年度

受験番号 ※

年 月 日

推 薦 書

久留米大学 医学部長 殿

推薦者

学 校 名

学校長氏名

印

下記の生徒は、貴大学医学部医学科推薦型選抜入学志願者として適切と認め推薦いたします。

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生 年 月 日	年 月 日生
志望学部 学 科	医 学 部 医 学 科	卒 業 見 込 年 月	年 3月卒業見込 年 3月卒業

推薦理由

(本人の学習歴や特殊技能、活動歴(生徒会、クラブ、部活動、芸術、文化、社会活動)を踏まえた「知識・技能」「思考力・判断力・表現力」「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度」に関する評価を記入すること)

- [注] 1. ※印のある欄には、記入しないでください。
2. この推薦書は出身学校で「調査書」とともに厳封してください。
3. パソコン等による作成が可能です。文面の貼りつけはご遠慮ください。
4. 推薦理由はフォントサイズ11ポイントで入力ください。
5. 印刷は片面、両面どちらでも構いません。A4サイズで印刷してください。

受験番号	※
------	---

--

受験生氏名

2024年度

受 番	験 号	※
--------	--------	---

久留米大学医学部医学科「福岡県特別枠推薦型選抜」

志望理由書

フリガナ			男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生
氏名	姓	名			
将来進みたい診療科					
志望理由					

- 作成要領
1. 600字程度、横書き。
 2. 自筆（鉛筆）で記入すること（パソコン等による記入は不可）。
 3. ※印のある欄は記入しないでください。

(福岡県特別枠推薦型選抜用)

氏名		受験番号	※
----	--	------	---

<p>Blank writing area with horizontal dashed lines.</p>			
---	--	--	--

久留米大学特別枠推薦型選抜・福岡県特別枠推薦型選抜

推 薦 書

年 月 日

久留米大学 医学部長 殿

別紙推薦書で推薦した生徒（氏名 ）は、貴大学医学部
医学科久留米大学特別枠推薦型選抜または福岡県特別枠推薦型選抜の出願資格
である卒業後の医療従事要件を順守し、将来地域医療に貢献できる人材として
適切と認め推薦いたします。

推 薦 者

学 校 名

学校長氏名

印

【久留米大学特別枠推薦型選抜】

本学を卒業後、久留米大学病院または久留米大学医療センターにおいて臨床研修（2年）を行い、臨床研修終了後、上記いずれかの病院に4年間勤務すること

【福岡県特別枠推薦型選抜】

- ・ 大学卒業後2年以内に医師国家試験に合格した後、速やかに医師免許を取得し、奨学金の貸与を受けた期間の1.5倍の期間（通常は9年間で、2年間の初期臨床研修期間を含む）、県内の病院および診療所の外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科および総合診療のいずれかでの勤務すること
- ・ 原則、福岡県が策定したキャリア形成プログラムを適用すること
- ・ 在学中に、原則、福岡県が策定したキャリア形成卒前プランを適用すること

同意書

福岡県知事 様

私は、久留米大学医学部医学科福岡県特別枠推薦型選抜の入学試験に合格し、入学した場合は、下記の事項を遵守することに同意のうえ出願します。

記

1 奨学金の貸与を受けるにあたり、福岡県地域医療医師奨学金貸与条例及び福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則の規定を遵守し、学業に専念すること。

2 退学、死亡、心身の故障等福岡県がやむを得ないと認める理由を除き、離脱することなく義務を履行すること。

上記の義務とは、医師免許取得後から奨学金の貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間、キャリア形成プログラム（※）の適用を受け、福岡県内の病院等で知事が指定する診療科等において、医師の業務に従事することをいう

（※）地域医療に従事しながら、知事が指定する診療科等の専門医資格を取得する等のキャリア形成をサポートするプログラム

3 福岡県の同意を得ずに義務離脱をした場合、別紙「福岡県地域医療医師奨学金（福岡県特別枠）の不同意離脱について」の内容の取扱いとなること。

以上

(以下、自筆で記入してください)

令和 年 月 日

志願者

氏名： _____

保護者もしくは法定代理人

氏名： _____

【個人情報の提供に関する同意書】

この同意書に記載した情報について、大学医学部に提供することに同意します。

志願者

氏名： _____

福岡県地域医療医師奨学金（福岡県特別枠）の不同意離脱について

都道府県の同意を得ずに地域枠（福岡県においては、福岡県特別枠）を離脱とした者が専門研修を開始した場合、日本専門医機構（以下「機構」という。）は基本領域学会とも協議し、原則、機構の専門医の認定を行わない方針としている。このため、標記について、下記のとおり定める。

また、機構は、機構のプログラムシステムに登録された専攻医について、都道府県に同意を得ずに離脱した者がいるかどうかを確認することとなっているため、本県から情報提供することを申し添える。

記

対象者	令和4年度入学者以降の福岡県特別枠
不同意離脱について	<p>以下の理由以外は原則不同意離脱とする。ただし、他にやむを得ない理由がある場合は、必要に応じて個別協議を行う。</p> <p>なお、以下については、事実を証する書類をもって離脱を判断する。</p> <ol style="list-style-type: none">1 死亡したとき。2 退学したとき（奨学生^{※1}）。3 心身の故障のため修学（奨学生）もしくは勤務（被貸与者^{※2}）を継続する見込みがなくなると認められるとき。

※1 奨学生：奨学金の貸与を受けている者

※2 被貸与者：奨学金の貸与を受けた者