

誓 約 書

年 月 日

御前崎市長 下村 勝 様

私は、御前崎市病院事業医師（薬剤師・看護師・介護福祉士）奨学金の貸与の決定を受けた場合は、御前崎市病院事業医師、薬剤師、看護師及び介護福祉士奨学金の貸与に関する条例及び御前崎市病院事業医師、薬剤師、看護師及び介護福祉士奨学金の貸与に関する規則を守り、市立御前崎総合病院に医師（薬剤師・看護師・介護福祉士）として勤務することを誓います。

なお、奨学金の返還債務を履行するに当たっては、返還期限までに確実に返還します。

住所
本人
氏名 印

私たち保証人は、御前崎市病院事業医師（薬剤師・看護師・介護福祉士）奨学金の返還債務を、本人と連帯して負担します。

住所
連帯保証人 氏名 印
職業（勤務先）
電話番号（自宅）

住所
連帯保証人 氏名 印
職業（勤務先）
電話番号（自宅）

（注）連帯保証人の印鑑証明書を添付すること。