様式第３号（第６条関係）

誓　約　書（新規・継続）

　　年 　　　月　　　日

国東市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　　　　申請者

　住所

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電話番号

　私は、国東市民病院薬剤師修学資金の貸与に関する条例及び条例施行規程を遵守し、学業に励むとともに、卒業後は、国東市民病院の薬剤師として業務に従事し、及び修学資金返還の事由が生じたときは遅滞なく返還することを誓約します。

上記の申請に同意し、国東市民病院薬剤師修学資金　　　　　　　　　円に係る返還について、保証人となり連帯して債務を負担します。

連帯保証人　 住所

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電話番号

本人との関係

連帯保証人　 住所

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電話番号

本人との関係

※添付書類：連帯保証人の住民票の写し、完納証明書