

年 月 日

瀬戸内市病院事業管理者 様

本人 住所  
氏名 (印)  
生年月日 年 月 日生  
性別 連絡先

連帯保証人 住所  
氏名 (印)  
生年月日 年 月 日生  
本人との続柄  
性別 連絡先

連帯保証人 住所  
氏名 (印)  
生年月日 年 月 日生  
本人との続柄  
性別 連絡先

誓 約 書

修学生にご採用の上は、瀬戸内市立瀬戸内市民病院看護師等修学資金貸与条例及び同条例施行規程を遵守し、修学生としての品位を保つことを誓います。

なお、同条例により、卒業後は、瀬戸内市民病院に勤務することを希望するとともに、修学資金の返還の債務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。

連帯保証人は、それぞれ返還の債務を本人と連帯して負担します。