

申請者及び保護者（申請者が未成年の場合）は必ず自署してください

医療公社

様式第2号(第4条関係)

誓約書

年 月 日

魚沼市医療公社

理事長 様

申請者(本人)住所

氏名 ⑩

保護者住所

氏名 ⑩

私は、魚沼市医療公社看護師修学等資金貸与規程の規定により修学資金の貸与を受けることになったときは、同貸与規程の規定を遵守し、一般財団法人魚沼市医療公社が運営する医療機関において、定められた期間、看護師としての業務に従事することを誓約します。

私は、魚沼市医療公社看護師修学等資金貸与規程の規定により、修学資金の返還の義務が生じたときは、同貸与規程の規定に従い、確実に返還することを誓約します。

私は、魚沼市医療公社看護師修学等資金貸与規程の規定に基づき提出した申請書類等について、その内容に虚偽がないことを誓約します。

注意 申請者が未成年の場合は、保護者も記名押印してください。