様式第２号

年　　月　　日

　　赤穂市病院事業管理者　宛

本人　住所

氏名

連絡先

連帯保証人　本籍

住所

氏名

　　　　　　　 　　年　 　月　　 日生

本人との関係

職業

連絡先

連帯保証人　本籍

住所

氏名

　　　　　 年　　 月　 　日生

本人との関係

職業

連絡先

誓約書

　　貸与学生に採用のうえは、看護学生等修学資金貸与条例を守り、貸与学生としての品位を保つことを誓います。

　　なお、看護学生等修学資金貸与条例により、卒業後は、赤穂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。

※本人及び連帯保証人が自署しない場合は、記名押印してください。