

様式第2号（第2条関係）

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。