

誓 約 書

年 月 日

中津川市長 様

私は、中津川市医療職員修学資金貸付条例に基づき修学資金の貸付けを受けることとなったときは、同条例及び同条例施行規則の規定を遵守し、同条例に規定する期間、中津川市の指定施設にて医療職員として医療業務に従事することを誓います。

申請者氏名

④

上記の者の身元を保証します。

万一、本人に不都合があったときは、連帯保証人において一切の責めを引き受けます。

連帯保証人

住 所

氏 名

④

生年月日 年 月 日生

電話番号 ( )

申請者との関係

連帯保証人

住 所

氏 名

④

生年月日 年 月 日生

電話番号 ( )

申請者との関係