

誓約書

年 月 日

大子町長 様

申請者 住所
氏名 印
連帯保証人(申請者が未成年の場合は法定代理人)
住所
氏名 印
連帯保証人
住所
氏名 印

私は、大子町医師修学資金貸与条例に基づく修学資金を受けることが決定したときは、同条例及び同条例施行規則を遵守し、将来、大子町の医療機関において医師の業務に従事することを誓約します。

なお、修学資金の返還事由が生じたときは、大子町長の指定する期日までに修学資金及びその利息を返還するとともに、連帯保証人においては、 円を極度額として本人と連帯し、返還債務を履行することを保証します。