

誓 約 書

鳥取市立病院
鳥取市病院事業管理者 様

奨学金の貸与の決定を受けた場合は、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例並びに鳥取市立病院医師奨学金貸与条例の施行に関する規程を遵守し、学業に励むとともに、卒業後は直ちに鳥取市立病院に勤務することを誓います。

また、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例により、奨学金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。

連帯保証人は、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例並びに鳥取市立病院医師奨学金貸与条例の施行に関する規程に従い、奨学金の返還債務を本人と連帯して負担します。

令和 年 月 日

本人 住所 〒

氏 名 ⑩

連帯保証人 住所 〒

氏 名 ⑩

連帯保証人 住所 〒

氏 名 ⑩

- 注 1 本人欄は、本人が自署・押印してください。
2 連帯保証人欄は、連帯保証人が自署し押印（印鑑登録したもの）してください。