

様式第3号（第5条関係）

誓 約 書

私は、このたび本別町医療職員養成修学資金の貸付けを受けることについて、本別町医療職員養成修学資金貸付条例、同条例施行規則及びその他の法令等の定めを遵守し、修学資金の償還を求められたときは、遅滞なく償還することを誓約します。

年 月 日

住 所

学 校 名

本人氏名

㊞

上記の者が、このたび本別町医療職員養成修学資金の貸付けを受けることについて、本人に関する一切の事項を下記連帯保証人において引き受けすることを誓約します。

年 月 日

連帯保証人 住 所

氏 名

本人との関係

㊞

連帯保証人 住 所

氏 名

本人との関係

㊞

本別町長 様

注 ※本誓約書を提出する際は、連帯保証人2名の印鑑登録証明書を添付してください。

※連帯保証人の印は、印鑑登録証明書と同じ印鑑を使用してください。