

年 月 日

備前市病院事業管理者 様

本人住所
氏名 ⑩
生年月日 年 月 日生

連帯保証人住所
氏名 ⑩
生年月日 年 月 日生
本人との続柄

誓約書

被貸与者にご採用の上は、備前市医師確保修学資金貸与条例及び備前市医師確保修学資金貸与規程を遵守し、被貸与者としての品位を保つことを誓います。

また、私は、同条例第2条に規定する就業先を制限する修学資金の貸与又は給付を、他から受けていません。

なお、同条例により、将来において備前市病院事業における診療施設等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、当該返還の債務について、極度額 円を限度として、連帯して保証します。その際、私は、債務の履行状況に関する情報を連帯保証人に提供することに同意します。

(注) 連帯保証人の印鑑は、印鑑登録してあるものを使用すること。