

誓約書

(薬学生)

令和 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院
理事長 様

私は、地方独立行政法人大牟田市立病院薬学生奨学金の貸付の決定を受けた場合は、地方独立行政法人大牟田市立病院薬学生奨学金貸付規程を守り、大牟田市立病院に薬剤師として勤務することを誓います。

なお、貸付期間満了後又は停止後、速やかに借用証書を提出し、奨学金の返還債務を履行するに当たっては、返還期限までに確実に返還します。

住所
本人
氏名 印

私たち保証人は、地方独立行政法人大牟田市立病院薬学生奨学金の返還債務に関して、下記の金額を上限とし、本人と連帯して負担します。

連帯債務上限額 円

住所
連帯保証人 氏名 印

職業 (勤務先)
電話番号 (自宅)

住所
連帯保証人 氏名 印

職業 (勤務先)
電話番号 (自宅)

(注) 連帯保証人は所得証明書・印鑑証明書を添付し、印鑑証明書に記載されている印鑑を誓約書に押印すること。