

様式第2号(第3条関係)

誓約書

年 月 日

魚沼市長 様

申請者(本人)住所  
氏名

保 護 者 住所  
氏名

私は、魚沼市医師等修学資金貸与条例の規定により修学資金の貸与を受けることになったときは、同条例及び魚沼市医師等修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守し、定められた期間、医師、保健師、助産師又は看護師としての業務に従事することを誓約します。

私は、魚沼市医師等修学資金貸与条例の規定により、修学資金の返還の義務が生じたときは、同条例及び魚沼市医師等修学資金貸与条例施行規則の規定に従い、確実に返還することを誓約します。

私は、魚沼市医師等修学資金貸与条例及び魚沼市医師等修学資金貸与条例施行規則の規定に基づき提出した申請書類等について、その内容に虚偽がないことを誓約します。

注意 申請者が未成年の場合は、保護者も記名してください。