

様式第2号(第3条関係)

誓 約 書

年 月 日

(あて先)由利本荘市長

申 請 者	住 所	
	氏 名	ⓐ
	(電話)
親 権 者	住 所	
(未成年後見人)	氏 名	ⓐ
	(電話)

由利本荘市医師確保奨学資金貸付条例に基づき奨学金の貸付けを受けることとなったときは、同条例及び由利本荘市医師確保奨学資金貸付条例施行規則の規定を遵守し、臨床研修修了後は、市長が指示する指定医療機関における医師の業務に従事することを誓約します。

(注) 申請者が未成年者の場合は、親権者(未成年後見人)も署名し、押印すること。