（様式第２号）

誓　約　書

私（申請者）は申請にあたり、入学(在学)する大学、家族の状況、申請理由について誠実に記述しており、事実と相違ありません。

また、奨学金貸与決定の上は、勉学に励み早期に医師免許を取得し、臨床研修等を積極的に受け、貴病院企業団の目的に沿うことができるように努力することを誓約いたします。

なお､奨学金の返還債務が必要になった場合は､貴企業団が定める期限までに確実に返還し、ご迷惑がかかることのないよう誓約いたします。

連帯保証人は、奨学金の返還債務について、申請者が期限までに完納するように指導協力するとともに、申請者からの返還が滞った場合は、申請者に代わって完納いたします。

以上、申請者、連帯保証人連署のうえ、誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

球磨郡公立多良木病院企業団企業長　様

申請者　　住　所
　　氏　名
　　連絡先　（　　）　　－

連帯保証人　住　所
　　氏　名　　㊞(実印)
　　連絡先　（　　）　　－

連帯保証人　住　所
　　氏　名　　㊞(実印)
　　連絡先　（　　）　　－

※連帯保証人の印鑑証明書及び所得証明書を添付してください。