

年 月 日

## 誓 約 書

福知山市病院事業管理者 様

申 請 者 住所

氏名

㊞

法定代理人 住所

氏名

㊞

私は、市立福知山市民病院医師養成確保奨学金等の貸与に関する条例に基づき奨学金等の貸与を受けることとなったときは、同条例及び市立福知山市民病院医師養成確保奨学金等の貸与に関する条例施行規程を遵守し、同条例及び条例施行規程に規定する必要勤務時間、市立福知山市民病院又は市立福知山市民病院大江分院における医師の業務に従事することを誓約します。

(注)

- 1.申請者が未成年の場合は、法定代理人も署名し、押印してください。
- 2.申請者及び法定代理人(連帯保証人)の印は、印鑑証明書と同一のものを押印してください。