誓約書

　　　年　　　月　　　日

平取町長　　　　　　　　　様

申　請　者　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

連帯保証人　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

連帯保証人　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　私は、平取町保健師等修学就業資金の貸付を受けるにあたり、平取町保健師等修学就業資金貸付要綱を遵守するとともに、養成施設を卒業し保健師等の免許を取得後は平取町内の医療機関等に定められた期間、保健師等として勤務することを誓います。

　また、平取町保健師等修学就業資金貸付要綱の規定により修学就業資金の償還の義務が生じた場合は、確実に償還することを連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

備考　申請者、連帯保証人の印は、印鑑登録されている印を押印すること。