

誓 約 書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

本 人

住 所 敦賀市中央町2丁目1番2号

氏 名 敦 賀 花 子 ⑩

連帯保証人（法定代理人）

住 所 敦賀市中央町2丁目1番2号

氏 名 敦 賀 太 郎 ⑩（印鑑証明印）

連帯保証人

住 所 敦賀市野坂9号14番地

氏 名 野 坂 一 郎 ⑩（印鑑証明印）

私は、修学資金の貸与を受けるに当たり、市立敦賀病院医療従事者修学資金貸与
条例及び同条例施行規則を守り、学業に励み、医療職の免許を取得後直ちに市立敦
賀病院で敦賀市病院事業職員として医療業務に従事することを誓います。

また、同条例第10条の規定による市立敦賀病院が実施する説明会及び職場体験
等に参加します。

なお、同条例第14条の規定により修学資金の返還の債務が生じたときは、指定
された返還期限までに確実に返還します。