

誓 約 書

年 月 日

(あて先)
南魚沼市長

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

私は、市立病院等医療技術職員修学資金の貸与を受けるにつきましては、南魚沼市立病院等に勤務する医療技術職員修学資金貸与条例及び同条例施行規則の規定を遵守し、養成施設卒業後は、直ちに南魚沼市立病院等に勤務し、1年以内に医療技術職員（職種 ）の免許を取得することを誓います。

なお、南魚沼市立病院等に勤務する医療技術職員修学資金貸与条例の規定により、修学資金の返還の債務を生じたときは、返還期限までに確実に返還します。