

誓 約 書

私儀

この度根室市医師、医療従事者及び介護従事者修学資金貸付条例により修学資金の貸付けを受けるにあたり、同条例及び同条例施行規則を遵守し、市内において開業若しくは医療機関等で従事することを誓約いたします。

また、修学資金の返還期日が指定されたときは、指定された返還期日までに修学資金を返還します。

なお、修学資金を返還期日までに返還しなかったときは、返還すべき修学資金及びこれに対する返還期日の翌月から支払済みまで年5分の割合による遅延損害金を支払います。

年 月 日

根室市長 様

申請者氏名 (借受者) ⑩

生年月日 年 月 日生

上記誓約について同意いたします。

年 月 日

法定代理人住所 (親権者又は後見人) 氏名 ⑩ 電話番号

住所 本籍 氏名 ⑩ 電話番号

上記について、根室市医師、医療従事者及び介護従事者修学資金貸付条例及び同施行規則を遵守させるとともに、申請者(借受者)に係る一切の事項は私ども連帯保証人において引き受けすることを誓約します。

連帯保証人住所 本籍 氏名 ⑩ 電話番号

連帯保証人住所 本籍 氏名 ⑩ 電話番号