様式第３号（第５条関係）

誓　　　約　　　書

私は、玄海町看護師等就職支援奨励金交付申請にあたり、下記のとおり誓約します。

記

１　申請書及び提出書類に偽り等ありません。

２　医療従事者として町内の医療施設等（名称：　　　　　　　　　　　　）　で２年以上継続して勤務します。

３　奨励金の返還を命じられた場合は、速やかに返還に応じます。

年　　月　　日

玄海町長　　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

上記申請者に奨励金の返還が生じ債務を弁済できないときは、申請者に代わって債務を負うことを誓約します。

　　　　　　(連帯保証人)　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　※連帯保証人の印鑑は実印を押すこと