

様式第2号（第2条関係）

誓 約 書

年 月 日

国民健康保険智頭病院
事業管理者 様

住所
氏名 年 月 日 印
生

奨学生として決定された上は、国民健康保険智頭病院看護師奨学金貸与条例ほか関係例規を堅く守り、学業に励むとともに、卒業後は、国民健康保険智頭病院で勤務し地域医療に貢献することを誓います。

連帯保証人 住所
氏名 年 月 日 印
本人との関係 生

連帯保証人 住所
氏名 年 月 日 印
本人との関係 生