

様式第2号（第2条関係）

誓 約 書

年 月 日

糸魚川市長 様

本人 住所

氏名

印

連帯保証人 住所

氏名

印

連帯保証人 住所

氏名

印

糸魚川市医師養成資金の貸与を受けました際は、糸魚川市医師養成資金貸与条例及び同条例施行規則の規定を固く守り、学業に励み、臨床研修終了後は、速やかに市内において特定医療診療科業務の医師として業務に従事します。

なお、医師養成資金の返還については、保証人と連帯してその債務を履行します。

※添付書類

連帯保証人の印鑑証明書