

(様式第 4 号)

## 誓 約 書

静岡赤十字病院長 様

住 所

氏 名 ⑩

平成 年 月 日生

連帯保証人 住 所

氏 名 ⑩

連帯保証人 住 所

氏 名 ⑩

私は、奨学金の貸与を受けるについて、静岡赤十字病院奨学金貸与規程を遵守し、免許取得後は静岡赤十字病院において業務に従事することを誓います。

なお、規則第 10 条の既定により奨学金の償還義務が生じたときは、規定に従い確実に返還いたします。保証人は、返還義務を連帯し病院に迷惑をおかけいたしません。

備考 保証人の印鑑証明書を添付すること。