

# 誓 約 書

保健医療・福祉施設あしかがの森  
所 長 原 澤 孝 夫 殿

住 所  
氏 名  
生年月日 年 月 日生( 歳)

今般、平成 年 月 日以降貴病院より奨学金の貸与を受けるに当たり、下記事項を遵守し貴病院にご迷惑をかけないことを連帯保証人とともに誓約いたします。

## 1. 貸与額

事 項	金 額 ・ 期 間	備 考
貸 与 月 額	円	
貸 与 の 始 期	平成 年 月分	
貸与の終期(予定)	平成 年 月分	

## 2. 要勤務期間

卒業後、奨学金の貸与を受けた期間と同一期間、貴病院に勤務いたします。

## 3. 下記の場合は、ただちに貸与額全額あるいは貸与残額を一括返済いたします。

- (1) 養成施設を退学した場合
- (2) 卒業後ただちに貴病院に勤務する意志を有しなくなった場合
- (3) \_\_\_\_\_の資格を得られなかった場合
- (4) 2の要勤務期間を勤務せずに退職する場合(ただし、規程に基づき勤務期間により按分した額)

平成 年 月 日

本 人 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 氏 名 \_\_\_\_\_ 印