

誓 約 書

年 月 日

宇和島市病院事業管理者 様

申請者 住所  
氏名 ㊟  
保護者 住所  
氏名 ㊟  
(申請者が 20 歳未満の場合)

宇和島市病院局看護師等奨学資金貸与規程により 年度奨学生として、奨学資金の貸与を受けることになりました。

については、同規程及び御指示の事項を堅く守ります。また、奨学資金の貸与の実施又は停廃止のために必要があるときは、申請者の就業状況及び連帯保証人の資産、収入の状況等について、関係機関に報告を求めることに同意します。

連帯保証人住所  
氏名 ㊟

連帯保証人住所  
氏名 ㊟

連帯保証人として宇和島市病院局看護師等奨学資金貸与規程に基づく一切の責任を負います。