

## 誓 約 書

桐生地域医療企業団  
企業長 様

私は、奨学金の貸与の決定を受けた場合は、桐生地域医療企業団医学生修学資金貸与規程に関する規定を遵守し、学業に励むとともに、医師免許取得後10年以内に桐生地域医療企業団に勤務することを誓います。

また、桐生地域医療企業団医学生修学資金貸与規程により、修学資金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。

連帯保証人は、桐生地域医療企業団医学生修学資金貸与規程の規定に従い、修学資金の返還債務を本人と連帯して負担します。

年 月 日

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

注 1 本人欄は、本人が自署・押印してください。

2 連帯保証人欄は、連帯保証人が自署し押印してください。