

誓 約 書

桐生地域医療企業団
企業長 様

私は、修学資金の貸与の決定を受けた場合は、桐生地域医療企業団薬学生修学資金貸与規程の規定を遵守し、学業に励むとともに、薬剤師免許取得後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薬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薬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。

令和 年 月 日

本 人 住 所 〒

氏 名 ⑩

連帯保証人 住 所 〒

氏 名 ⑩

連帯保証人 住 所 〒

氏 名 ⑩

- 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。