

(様式第6号) (第9条関係)

誓 約 書

年 月 日

地方独立行政法人長野県立病院機構 理事長 様

決定番号

住 所

氏 名

この度、地方独立行政法人長野県立病院機構看護学生修学資金貸与規程に基づく修学生として、修学資金の貸与を受けることになりました。

ついては、同規程及び指示された事項を堅く守り、学校卒業後は1年以内に看護師等の免許を取得し、直ちにあなたが指定した県立病院等における業務に従事し、当該従事した期間が、修学資金の貸与を受けた期間(貸与の額が月額80,000円の場合は、当該期間に1.6を乗じた期間)に相当する期間(当該期間のうち1年に満たない期間は1年とする)以上勤務することを誓います。

なお、同規程の規定により修学資金の返還事由を生じたときは、あなたの指定する期日までに確実に修学資金及びその利息を返還します。

連帯保証人 住 所

職 業

氏 名

印

極度額

地方独立行政法人長野県立病院機構看護学生修学資金貸与規程に基づく修学資金の返還その他の義務については、規定に従い、連帯保証人がその責に任じます。