

誓約書

令和 年 月 日

新潟県厚生農業協同組合連合会代表理事理事長 様

〒
住所
借用人 氏名 _____ (印)

〒
住所
連 帯
保証人 氏名 _____ (印)

〒
住所
連 帯
保証人 氏名 _____ (印)

薬剤師養成施設在学中に要する学資金の一部として、新潟県厚生農業協同組合連合会から奨学金を借用するにあたり、奨学金の償還その他の取扱いについて「薬学生奨学金貸与規程」に従い、同規程第2条に基づき卒業後引き続いて新潟県厚生農業協同組合連合会経営の指定する病院に一定期間薬剤師として勤務することを誓約いたします。

なお、奨学金の償還義務が生じたときは、誓約したとおり保証人と連帯のうえ、すみやかに相違なく返済いたします。

注 記

- ・連帯保証人は親権者（または後見人）および成年者で独立の生計を営む者（後見監督人のある場合は後見監督人）としてください。
- ・連帯保証人の用いる印鑑は市町村の印鑑証明書を必要とします。

※受付・確認欄

※受付・確認欄	