様式第３号（第４条関係）

年　　月　　日

　筑西市長　　　　　　　様

（申請者）　氏名　　　　　　　　　　　印

法定代理人（申請者が未成年の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　印

誓　約　書

　私は、筑西市医師修学資金貸与条例に基づく修学資金を受けることが決定したときは、同条例及び筑西市医師修学資金貸与条例施行規則を遵守し、将来、同規則第３条に規定する病院において、医師の業務に従事することを誓約します。

備考　申請者が未成年者の場合は、親権者（法定代理人）も署名し、押印してください。