

返 還 誓 約 書

年 月 日

地方独立行政法人市立大津市民病院理事長 様

被貸与者
住 所
氏 名 ⑩
連絡先
連帯保証人
住 所
氏 名 ⑩
連絡先
連帯保証人
住 所
氏 名 ⑩
連絡先

地方独立行政法人市立大津市民病院看護師奨学金を下記のとおり借用いたします。

つきましては地方独立行政法人市立大津市民病院看護師奨学金規程、その他規則等に規定された事項を遵守する他、法人が指示する事項に従い返還することを誓約します。

記

1. 貸与金額 総 額 金 _____ 円
月 額 _____ 円 × _____ ヶ月分
期 間 _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで