

第3号様式（第2条関係）

年 月 日

佐川町病院事業管理者 様

住所

氏名

印

誓 約 書

私は、佐川町病院事業薬剤師人材育成奨学金貸与条例の規定に基づき奨学金の貸与を受けることになったときは（受けていますが）、同条例及び佐川町病院事業薬剤師人材育成奨学金貸与条例施行規程の規定を遵守することを誓約します。