

様式第2号（第4条関係）

誓 約 書

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

私は、埼玉県医師育成奨学金貸与条例（以下「条例」という。）の規定により奨学金の貸与を受けるに当たり、学生としての本分を守り、勉学に励むとともに、大学を卒業し、医師免許を得た後は、条例第8条各号（第4号を除く。）のいずれかに該当する場合を除き、条例及び埼玉県医師育成奨学金貸与条例施行規則（以下「規則」という。）の規定に基づく埼玉県内の特定地域の公的医療機関又は特定診療科等において条例に規定する期間、医師として勤務し、奨学金の返還の事由が生じたときは遅滞なく返還することを誓約します。

なお、条例及び規則の規定に違反したとき、並びに奨学金貸与申請書等の埼玉県知事宛てに提出した書類に虚偽の記載があったときは、貸与の取消し又は奨学金の交付の停止をされても異議ありません。

申請者 住所
氏名

上記の者が条例の規定により貸与を受ける奨学金の返還の債務について、連帯して保証します。

連帯保証人 住所
氏名
生年月日 年 月 日生
申請者との関係
電話番号

連帯保証人 住所
氏名
生年月日 年 月 日生
申請者との関係
電話番号