様式第２号（第６条関係）

誓　約　書

　私は、石垣市島外看護師等誘致支援事業補助金の交付申請に当たり、石垣市島外看護師等誘致支援事業補助金交付要綱を遵守し、石垣市内の医療施設等で２年以上の勤務に同意し、看護師等として働くことを誓約いたします。

　なお、勤務年数が２年未満となった場合は、石垣市看護師等誘致支援事業補助金交付要綱第13条の規定に基づき、遅滞なく補助金を全額返還します。

石垣市長　様

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　 　　　 　（申請者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　実印

連絡先

上記申請者が債務を弁済できないときは、申請者に代わって債務を負うことを誓約します。

石垣市長　様

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　 　（連帯保証人）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　実印

連絡先

※申請者及び連帯保証人は、それぞれの印鑑登録証明書を併せて提出すること。

※連帯保証人は、申請者の配偶者でないこと。