様式第２号（第４条関係）

年　　　月　　　日

　与 謝 野 町 長　様

申　請　者　住　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　 法定代理人　住　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

誓　　約　　書

　私は、与謝野町介護福祉士修学資金の貸与に関する条例に基づき、修学資金の貸与を受けることとなったときは、同条例及び与謝野町介護福祉士修学資金の貸与に関する条例施行規則の規定を遵守し、同条例及び同条例施行規則に規定されているとおり、与謝野町に住所を有し、町内事業所で介護福祉士の業務に従事することを誓約します。