

誓 約 書

私は、現在、飛騨市内の医療機関に薬剤師として就業しており、奨学金等の貸付けの返済の完了又は病院薬剤師緊急確保対策支援事業の貸与期間の修了後も現在の医療機関に2年以上引き続き就業することを誓約します。

年 月 日

住所

氏名

勤務先医療・介護等機関名