飛騨市地域若手介護人材育成支援事業進学支援金交付申請用

誓　約　書

　私は、　　　　　　　　　　学校　　　　　　　学科に進学し、卒業後は、飛騨市内の医療・介護機関等において、　　　　　　　として就労する意向があることを誓約します。

　また、養成機関を卒業後３年６月以内の期間、当該連携育成機関が指定する医療・介護機関等に就業した後、市内の医療・介護機関又は市内に住所を有して市外の医療・介護機関等に就業する場合で、勤務から３年間引き続き勤務しなかった場合は、飛騨市の地域若手介護人材育成支援事業により受領した各種助成支援金については、返還しなければならないことについて理解していることを申し添えます。

令和　　年　　月　　日

住所

進学者氏名

　　　　　　　　　　　　　 進学者の保護者（保証人）氏名