

令和 ○年 ○月 ○日

誓 約 書

高知県知事 様

申請者住所
(法人の場合は、主たる事務所所在地)

○○県○○市○○町○○-○○

申請者名(病院の開設者)
(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

医療法人○○

理事長 ○○ ○○

誓約書のみ
押印が必要です

印

高知県薬剤師奨学金返還事業費補助金対象病院としての登録申請に当たり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 当病院の奨学金返還支援制度により、支援対象者に対して奨学金返還を支援するため手当等を支給します。
- 2 当該制度により支援する支援対象者に対して、知事が認める教育プログラムを受講させます。
- 3 次の全てを満たしています。
 - (1) 雇用保険適用事業所の事業者であること。
 - (2) 労働保険料を滞納していないこと。
 - (3) 過去1年間に労働関係法令違反を行っていないこと。
 - (4) 県税の全税目について滞納がないこと。
 - (5) 高知県薬剤師奨学金返還事業費補助金交付要綱の別表第1のいずれにも該当しないこと。