様式第２号（第４条関係）

誓　約　書

私は、返還資金の貸与の決定を受けることとなった上は、福井県薬剤師確保奨学金返還資金貸与条例および福井県薬剤師確保奨学金返還資金貸与条例施行規則の規定を遵守し、指定医療機関において薬剤師として勤務することを誓います。

年　　月　　日

申請者　　氏名

福井県知事　　　　　　　　　　様