別記様式第3号(第7条関係)

誓　　　約　　　書

　　　　年　　月　　日

　熊本大学病院長　殿

　私は、熊本大学病院における医学部医学科学生に対する奨学金実施要項を遵守することを誓います。

奨学生

　　　　　　　奨学生番号　　　　　　　－　　　　　　号

　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　（自署）

　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　　月　　　日生

　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　　－

　私は、奨学生本人が熊本大学病院から奨学金の返還を求められた場合は、当該奨学金の返還に係る債務について奨学生本人と連帯してその責任を負います。

　　　　　　　　　　　　　　　連帯保証人

住　　所

（自署）

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日生

職業(勤務先)

本人との続柄

電話番号　　　　　－　　　　　－