

様式第2号(第5条関係)

誓 約 書

勝山市長 様

私は、勝山市医療、介護及び障害福祉人材確保奨励金の交付決定があった場合は、当該交付決定を受けた日から起算して3年以上、勝山市に居住します。

また、当該申請に係る市内の医療機関、介護サービス事業所又は障害福祉サービス等事業所に、当該交付決定を受けた日から起算して5年以上、勤務します。

なお、勝山市医療、介護及び障害福祉人材確保奨励金交付事業実施要綱第7条第1項各号に該当したときは、交付を受けた奨励金を市が指定する期日までに全額返還します。

年 月 日

住所

氏名

㊞