

誓 約 書

私は、医療等従事者転入支援金の申請に当たり、栄町の区域内に転入をした日から起算して3年以上、同区域内に居住し、かつ、住所を有することについて誓約します。

また、栄町医療等従事者転入支援金支給要綱第9条の規定により支援金の返還を求められたときは、当該返還に応じます。

年 月 日

栄町長 様

《申 請 者》

住 所 栄町

氏 名 ⑩

電 話

(自署及び押印)