

誓 約 書

私は、このたび音更町奨学資金支給条例に基づき奨学資金の支給を受けるにあたり、条例の条項を遵守し、健康に留意し学業に励むことを誓約いたします。

年 月 日

奨学生（本人） 住 所
氏 名

（署名又は記名押印）

連帯保証人（保護者） 住 所
氏 名

（署名又は記名押印）

音更町教育委員会教育長 宛て