

様式第4号

## 誓 約 書

一般財団法人岩手県市町村職員健康福利機構理事長 様

私は、一般財団法人岩手県市町村職員健康福利機構奨学金給付事業の奨学生に決定されましたが、貴機構の規程及び要領を誠実に守り、健康を維持し、学業に励むことを誓います。

年 月 日

給付決定番号 \_\_\_\_\_

学校・学年 \_\_\_\_\_

奨学生氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

注 この誓約書に、給付金の受取金融機関のわかる書類（通帳の写し等）を添付してください。