申 出 書

私は、令和　年度小林市医療人材確保推進事業費補助金（奨学金返還補助金）を申請するにあたり、以下のことを申し出ます。

１．市内等（小林市・高原町内）の医療機関に採用され、初めて本補助金の交付決定を受けた年度から5年以上継続して市内等の医療機関に就業いたします。

２．上記補助金以外の制度による奨学金返還に係る補助は、他に申請しておらず、また一度も受けておりません。

なお、偽りその他不正の手段により補助金の支給を受けたときは、既に受けた補助金は返還いたします。

令和　　年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申出者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿