様式第９号

宣　誓　書

　佐渡市長　様

　私は、佐渡市看護師緊急確保事業補助金交付要綱第３条の補助事業について、同要綱第４条の規定により交付申請するに当たり、次の事項を遵守することを、ここに誓います。

　１　就業開始日から２年間以上、佐渡市から転出せず当該医療機関で業務に従事します。

　２　補助金の交付決定に当たって、市が住民基本台帳及び市税の滞納状況を調査すること、並びに当該医療機関に調査及び照会することについて承諾します。

　３　佐渡市看護師緊急確保事業補助金交付要綱第7条第１項の規定により、交付決定の内容の全部又は一部を取り消された場合について、既に補助金が交付されているときは、補助金の全部又は一部の返還に応じます。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名