

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