（様式第３号）

**誓　約　書**

令和 　 年 　 月 　 日

佐賀県薬剤師会会長　様

住 　所

法 人 名

代表者名

（法人にあっては、名称、役職名及び氏名）

第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度に参加するにあたり、下記のとおり遵守することを誓います。

記

１　奨学生推薦時に提示する労働条件通知書と就職時の雇用条件通知書の内容に相違ないことを奨学生と相互に確認し、雇用条件等について必ず説明責任を果たします。

２　本制度を利用して採用した薬剤師を奨学金返還全額免除となるまでの期間のうちに本人又は会社の都合で、指定薬局以外の店舗へ異動させる場合は、事前に奨学生の同意を得て貴会に勤務先の変更願をあらかじめ提出し、奨学金審査会の承認を得て異動させます。

３ 奨学生の雇用については、労働基準法を遵守します。

４ 上記に違反をした場合、これにより奨学生及び貴会が被った一切の損害を賠償します。

※　この誓約書は、第３期\_佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。