様式２

|  |
| --- |
| **【誓　約　書】** 吉備高原医療リハビリテーションセンター院長　殿 　　　　年　　月　　日 氏　　名  　 今般、　　　　　　　　　　　　　に入学を許可されました私は、諸規則に従い　　学生たるものの本文を守り、専心勉学に努めますとともに、卒業後看護師免許を取　　得し、貴吉備高原医療リハビリテーションセンターに勤務する意思を有することを　　表明いたします。 |