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。 |