沖縄県知事　殿

沖縄県薬剤師奨学金返還助成金制度に関する誓約書

　私は、助成期間終了後に、沖縄県が３年間実施する「沖縄県薬剤師奨学金返還助成金制度」のフォローアップ調査（制度に関するアンケート調査等）に、協力することを誓います。

　　年　　月　　日

（住　所）

（氏　名）　　 印

（連絡先）　　　―　　　　―