

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)

—

—