

誓 約 書

私は、御宿町介護職員初任者研修受講料助成金交付要綱の趣旨に従い、御宿町に住所を置き、5年以上居住することを誓約いたします。

また、住民登録の確認について、事業担当課において確認調査を行うことについて同意します。

なお、この誓約に反した場合には、交付を受けた助成金の返還についての決定に従います。

御宿町長

申請者 住 所

氏 名