別紙２

誓　約　書

　私は、神奈川県医療機関看護職員確保・育成支援奨励金の給付の申請をするにあたり、次の事項に相違ないことを、ここに誓約します。

＜注意事項＞

・　次の事項を確認し、了承の場合には、チェックボックス□にチェックを入れてください。

・　以下のチェックボックス□の全てにチェックがない場合は、奨励金の給付対象とはなりません。

|  |
| --- |
| □書類の記載について |
| １　交付申請書及び添付資料に記載した情報に偽りはありません。 |

|  |
| --- |
| □対象看護職員の離職期間について |
| ２　対象看護職員の看護職としての離職期間が３か月以上であることを確認しました。 |

　令和　年　月　日

所在地

法人（団体）名

代表者氏名