様式第４号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

宇土市長　様

申請者　住所又は所在地

　氏名又は法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

誓約書

　宇土市西部地区診療所開設事業補助金の交付につきましては、以下の事項を遵守することをここに誓います。

記

１　西部地区において診療所を開設し、以後、週３日以上の診療を１０年以上継続します。

２　一般社団法人宇土地区医師会に加入します。

３　市が行う医療に関する事業に協力します。

４　正当な理由がなく、宇土市補助金等交付規則及び宇土市西部地区診療所開設事業補助金交付要綱に違反した場合は、速やかに届け出るとともに、補助金の全部又は一部を返還します。