様式第１号（第４条関係）

誓約書

　年　　月　　日

茨城県知事 　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

病院名

管理者名

（法人の場合は法人名及び

代表者名）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業の対象病院の登録にあたり、次の事項を誓約します。

記

１　対象者を正規雇用した場合、茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付要綱（以下「要綱」という。）第13条に規定する交付対象期間において、要綱第15条第２項に規定する対象月額から補助月額を除いた額を対象者に対して助成する（協力病院が助成する場合を含む）ことを確約します。

　　また、助成に係る帳簿その他の証拠書類を整理し、要綱第29条に基づく期間保存します。

２　次の全てを満たしています。

　　（国、県、市町村その他これらに準じる開設者については、(1)～(4)を適用除外とする）

　(1) 雇用保険適用事業所の事業者であること。

　(2) 労働保険料を滞納している事業者でないこと。

　(3) 過去１年間に労働関係法令違反を行っていない事業者であること。

　(4) 県税の全項目について滞納がないこと。

　(5) 次のいずれかに該当する者が事業者に含まれていないこと。

　　ア　茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36号。以下「条例」という。）第２条第１項から第３号に規定する者（以下「暴力団等」という。）

　　イ　管理者又は役員等が条例第２条第３号に規定する者又は暴力団等と社会的に非難されるべき関係を有していると認められる者

３　本事業で採用した対象者に、県が策定する又は認める研修プログラムに基づく研修を受講させます。

４　個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）を遵守し、個人情報を適切に取り扱います。

　(1) この事業を通して得た個人情報については、個人情報保護のため、責任をもって適正に管理し、当該事業の目的以外には一切使用しません。

　(2) 必要がなくなった情報については、責任をもって速やかに破棄します。

５　「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業対象病院登録申請書」の記載内容に偽りはありません。