

本別町医療職員養成修学資金借用書

収 入
印 紙

借 用 金 額	金	円
---------	---	---

私は、 年 月 日から 年 月 日まで 月分の修学資金として、
上記金額を借用しました。

つきましては、本別町医療職員養成修学資金貸付条例及び同条例施行規則の規定に基づき、修
学資金の償還を求められたときは、相違なく償還いたします。

年 月 日

借受人 住 所
氏 名 ㊟

上記借受人の連帯保証人として、修学資金の償還債務を連帯して負担します。

年 月 日

連帯保証人 住 所
氏 名 ㊟

連帯保証人 住 所
氏 名 ㊟

本別町長 様

注 ※連帯保証人は、誓約書の連帯保証人と同一人とし、連帯保証人の印は、誓約書に押印さ
れたもの（印鑑登録証明書により証明された印）と同一のものを押印してください。