様式第２号(第２条関係)

保　　証　　書

東松山市病院事業管理者　　宛て

奨学資金借受人

住　所

氏　名

私は、上記の者が東松山市医療従事者奨学資金貸与条例により、貸与を受けた奨学資金の返還の債務について連帯して保証します。

年　　月　　日

住　　所			
電話番号			
氏　　名	印	生年月日	年　　月　　日
職　　業		本人との関係	
住　　所			
電話番号			
氏　　名	印	生年月日	年　　月　　日
職　　業		本人との関係	

※押印は実印を使用し、印鑑登録証明書を添付してください。