

保 証 書

本人 住 所

氏 名

上記の者が十日町市看護師、理学療法士等修学資金貸与条例の規定に基づく修学資金の貸与を受けることについて、本人と連帯して債務を負担します。

年 月 日

十日町市長 様

保 証 人

住 所

本人との続柄

氏 名

保 証 人

住 所

本人との続柄

氏 名