

借用証書

(薬学生)

令和 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院
理事長 様

本人	住所	
	氏名	印
連帯保証人	住所	
	氏名	印
連帯保証人	住所	
	氏名	印

地方独立行政法人大牟田市立病院薬学生奨学金貸付規程に基づき貸付を受けた奨学金について、次の金額を確かに借用しました。

なお、保証人は、同規程に従い貸付を受けた本人と連帯して奨学金の返還債務を、本人と連帯して負担することを誓約します。

奨学生番号	
借用金額	円
内 容	
借用期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
月 数	月
月 額	円

(注) 連帯保証人は印鑑証明書に記載されている印鑑を借用証書に押印すること。