保　証　書

　秋田労災病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　奨学金貸与者

氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　住　所

私は、上記の者が秋田労災病院看護学生奨学金制度規程に基づき、秋田労災病院から貸与を受けた奨学金の返還債務については、本人と連帯して負担することを保証します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連帯保証人 | 住　　所 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | 携帯電話 |
| 氏名 | 印 | 生年月日 |  |
| 本人との関係 |  |