

【機密性2】

様式3

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			