様式第７号（第６条関係）

医療介護従事者修学資金借用証書

年　　月　　日

奥州市長　宛

修学生氏名

　医療介護従事者修学資金として、下記の金額を借用します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 |
| ふりがな住所 | （郵便番号　　―　　　)電話番号（　　―　　) |
| 本籍 |  |
| 医療介護関係学校等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　―　　　)電話番号（　　―　　　　) |
| 借用額 | 入学一時金　　　　　　　円月額貸付金　　　　　　　円総　　　額　　　　　　　円 | 月額貸付金の借用期間 | 年　　月から年　　月まで |
| 連帯保証人 |
| ふりがな氏名 |  | (実印) |  | (実印) |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ふりがな住所 | (郵便番号　　―　　　)電話番号（　　―　　) | （郵便番号　　―　　　)　　電話番号（　　―　　) |
| 本籍 |  |  |
| 職業 | 　 | 　 |
| 修学生との関係 | 　 | 　 |

備考　連帯保証人の印鑑登録証明書を添付すること