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