

様式第3号（第3条関係）

保 証 書

年 月 日

稲城市病院事業管理者 殿

貸与申請者

住所

氏名

印

稲城市病院事業看護職員奨学金貸与規程に基づき、貸与を受けた奨学金返還の債務について連帯して保証します。

	連 帯 保 証 人	連 帯 保 証 人
氏 名（自 署）	印	印
申 請 者 と の 関 係		
本 籍		
住 所		
電 話 番 号		
生 年 月 日		
職 業		
勤 務 先		
勤 務 先 電 話 番 号		

*連帯保証人の印は登録印を使用のうえ、印鑑登録証明書を添付してください。