

様式第2

保 証 書

年 月 日

(宛先)小牧市病院事業管理者

保証人 住 所
氏 名
(署名)

年 月 日生

本人との続柄

保証人 住 所
氏 名
(署名)

年 月 日生

本人との続柄

次の者が看護修学資金の貸与を受けました上は、その連帯保証人となり、小牧市看護修学資金貸与条例及び小牧市看護修学資金貸与条例施行規程に従い、看護修学資金の返還の債務を履行することを保証します。

在学する養成施設名

住 所

氏 名

年 月 日生