

連帯保証人変更届

年 月 日

(あて先)臼杵市長

本 人 住 所
(医学等奨学生)
氏 名
電話番号

※自署又は記名押印

次のとおり連帯保証人を変更するので、臼杵市医学生等奨学資金に関する条例施行規則第8条の規定により届け出ます。

項 目	旧連帯保証人	新連帯保証人
フ リ ガ ナ		
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
住 所	〒	〒
電 話 番 号		
奨学生との間柄		
勤 務 先 等		
変 更 理 由		

私は、奨学生の連帯保証人として、同人が貴市から貸与を受けた、及び受けるべき奨学資金の返還について、臼杵市医学生等奨学資金に関する条例及び同条例施行規則の定めるところに従い、同人と連帯してその債務の履行の責任を負います。

年 月 日

新連帯保証人



- 備 考 1 新連帯保証人は、実印を押印すること
 2 この保証書には、新連帯保証人の印鑑証明書を添付すること。