

医学生等奨学資金借用証書

年 月 日

(あて先)臼杵市長

本 人 (医学等奨学生)	住 所	
	氏 名	※自署又は記名押印
	電話番号	
連帯保証人	住 所	
	氏 名	※自署又は記名押印
	間 柄 電話番号	
連帯保証人	住 所	
	氏 名	※自署又は記名押印
	間 柄 電話番号	

臼杵市医学生等奨学資金に関する条例に規定する奨学生として、下記のとおり奨学資金を借用しました。

ついては、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規定に従い、別紙奨学資金返還明細書のとおり滞りなく返還します。

なお、連帯保証人は、本人と連帯して上記債務の履行の責任を負います。

記

借 用 金 額	金 円
借 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで

備考 この借用証書には、連帯保証人の印鑑証明書を添付すること。