

年 月 日

保証人変更届出書

鶴岡市病院事業管理者 様

住 所

氏 名

㊞

上記の者が貸与を受ける鶴岡市立荘内病院医療従事者修学資金については、申請者本人と連帯して返還の債務を負担します。

連帯保証人

住 所

氏 名

㊞

新たに保証人になる者に関する事項	ふりがな 氏 名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	住 所	〒□□□-□□□□ 電話番号 ()	〒□□□-□□□□ 電話番号 ()
	本 籍 地		
	職 業		
	勤 務 先		
	年収(給与)又は 所 得 額	円	円
	申請者との関係		

新たに保証人となる方の印鑑証明書及び収入を証明する書類を添えてください。