

様式第8号

連 帯 保 証 人 変 更 届

年 月 日

仙北市長 様

決定番号

年 月 日 発 第 号

被貸与者

住 所

氏 名

㊞

連帯保証人を変更するので、仙北市医師等修学資金貸与条例施行規則第17条第1項(第2項)の規定により届け出します。

旧連帯保証人	本 籍			
	住 所			
	氏 名			
新連帯保証人	本 籍			
	住 所	郵便番号		
		電話番号		
	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年	月 日
		年 齢	歳	
	被貸与者との続柄	職 業	勤 務	先
極 度 額	円			
変 更 理 由				

被貸与者と連帯して修学資金の返還の債務を履行します。

年 月 日

新連帯保証人

㊞

備考 新連帯保証人の戸籍抄本及び住民票の写しを添付してください。