

承 諾 書

年 月 日

宇和島市病院事業管理者 様

ふりがな
申請者氏名

私は、上記の者が宇和島市病院局看護師等奨学資金貸与規程により 年
度奨学生に決定された場合は、奨学資金貸与の契約内容を確認のうえ、同契約に
係る連帯保証人となることを承諾いたします。

連帯保証人

住所 〒 —

ふりがな

氏名 (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

(注1) 上記奨学資金の申請には2人の連帯保証人が必要です。連帯保証人1人
につき1部ご提出ください。

(注2) 連帯保証人のうち、原則として1人は申請者と同居の親族（申請者が20
歳未満の場合は保護者）とし、他の1人は申請者と別世帯及び別住所の独
立した生計を営む者とする。