

年 月 日

連帯保証人連絡先届出書

公益社団法人地域医療振興協会
東通地域医療センター
センター長 川原田 恒 様

氏名 _____ 印

公益社団法人地域医療振興協会 東通地域医療センター奨学金貸与規程に基づき、奨学金の貸与並びに保証に関し、次のとおり連絡先を届出いたします。また、下記内容について変更が生じた場合は速やかに届出いたします。

本人	住所	〒 _____
	連絡先電話 1	_____
	連絡先電話 2	_____
連帯保証人 1	氏名	_____ 印 (本人との関係 : _____)
	住所	〒 _____
	連絡先電話	_____
連帯保証人 2	氏名	_____ 印 (本人との関係 : _____)
	住所	〒 _____
	連絡先電話	_____

※各連帯保証人の住民票および印鑑証明書を添付すること。

※上記記載は、各々の保証人の自署にて記載すること。

※連帯保証人 1 は、父または母（両親がいない場合は兄弟またはこれに代わる者）とし、連帯保証 2 は、奨学生及び連帯保証人 2 と非同居の独立の生計を営む者とする。