様式第８号（第11条関係）

借用総額確認書

　　年 　　　月　　　日

国東市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　修学生　　　住所

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電話番号

連帯保証人　 住所

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電話番号

本人との関係

連帯保証人　 住所

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電話番号

本人との関係

　国東市民病院薬剤師修学資金の貸与に関する条例及び条例施行規程に基づき、下記の金額の修学資金を借用したことを確認しました。

ついては、借用した修学資金の全額を返還期限までに滞りなく返還します。

連帯保証人は、返還の債務を修学生と連帯して負担します。

　１　借用総額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　借用期間

　　　　 年　　　　月から

　　　　 年　　　　月まで