

様式第 27 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生連帯保証人（保証人）変更届

鳥取県知事 様

連帯保証人（保証人）を変更しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 決 定 番 号 第 号

郵便番号

住 所

氏 名

㊞

電話番号

旧連帯保証人 （旧保証人）	住 所	
	氏 名	
新連帯保証人 （新保証人）	郵便番号	
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
新連帯保証人（新保証人） と本人との続柄		
変 更 年 月 日		年 月 日

奨学金の返還に係る債務を奨学生と連帯して負担します。

連帯保証人 氏 名

㊞

上記の本人及び連帯保証人が奨学金返還債務の履行を怠ったときは、当該債務を履行します。

保 証 人 氏 名

㊞

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。