



鳥取県地域医療強化医師確保奨学金借用証書

鳥取県知事 様

借用金額

金 円也

私は、奨学生として上記の額の奨学金の貸付けを受けました。
ついては、鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則の規定に従い、滞りなく返還します。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

私は、 が奨学生として奨学金の貸付けを受けましたので、上記の奨学金返還債務を、
奨学生と連帯して負担します。

連帯保証人 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

私は、上記の奨学生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 郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

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。