

緊急医師確保修学資金借用証書

年 月 日

石川県知事 様

決定番号	第	号
------	---	---

修学生

住 所

氏 名

㊞

連帯保証人

住 所

氏 名

㊞

連帯保証人

住 所

氏 名

㊞

次のとおり緊急医師確保修学資金の交付を受けましたので、石川県緊急医師確保修学資金貸与条例施行規則第9条の規定により、借用証書を提出します。

1 交付を受けた修学資金の総額 円

2 修学資金の交付を受けた年月日及び当該年月日ごとに交付を受けた額

年 月 日 円

備考 連帯保証人の印鑑は、市町村長（特別区の区長を含む。）の登録を受けたものを使用し、その印鑑登録証明書を添付してください。