

誓 約 書

年 月 日

愛媛県歯科医師会長 様

本 人
住 所
氏 名 ⑩
貸付決定番号 年度 第 号
電話番号

連 帯
保 証 人
住 所
氏 名 ⑩
年 月 日生
本人との続柄()職業()
電話番号

連 帯
保 証 人
住 所
氏 名 ⑩
年 月 日生
本人との続柄()職業()
電話番号

私は歯科衛生士修学資金貸費生としての品位を保つことはもちろん免許取得後は、県内で
歯科衛生士として業務に従事します。

尚、規定により貸与金額返還の債務が生じたときは、期限内に確実に返済します。

連帯保証人は、本人と連帯して返還の債務を負担します。

- 注
- 1 連帯保証人は、印鑑証明書を添付すること。
また、連帯保証人⑩は、印鑑登録証明書のものを押印すること。
 - 2 用紙の大きさは、日本工業規格 A4とすること。