

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

保 証 書

邑楽館林医療企業団 企業長 あて

連帯保証人

住 所

氏 名

印

連帯保証人

住 所

氏 名

印

下記の者が貸与を受ける邑楽館林医療企業団医師育成修学資金について、本人と連帯して債務を負担します。

記

申請者（本人）

住 所

氏 名

印