

収入印紙

遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金借用証書

年 月 日

遠軽町長 様

借受者 住所  
氏名 ⑩

連帯保証人 住所  
氏名 ⑩

連帯保証人 住所  
氏名 ⑩

遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金として、次のとおり借用します。

なお、返還については、遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金貸付条例の定めるところに従い、誠実に相違なく返還します。

1 借受額

月額 円

2 借受期間

年 月分から 年 月分まで（ 月分）

※ 連帯保証人の印鑑証明書を添付すること。