誓　　約　　書

私は、修学資金の貸付けを受けるに当たり、千葉県医師修学資金貸付条例及び千葉県医師修学資金貸付条例施行規則の規定に従うことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

（申請者）

氏　名　　㊞

私どもは、上記申請者の連帯保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、申請者の債務を連帯して負担します。

（連帯保証人）

住　所

氏　名　　㊞

職　業

生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）

申請者との関係

電話番号

（連帯保証人）

住　所

氏　名　　㊞

職　業

生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）

申請者との関係

電話番号

注　連帯保証人が法人である法定代理人の場合にあっては、様式中「氏名」とあるのは「名称及び代表者の氏名」と読み替えて記入することとし、「職業」及び「生年月日　　年　　月　　日生（　　歳)」については記入しないこと。