

保証人変更届出書

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構

理事長 殿

住 所

氏 名

㊞

上記の者が貸与を受ける地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構薬剤師修学資金については、申請者本人と連帯して返還の債務を負担します。

連帯保証人

住 所

氏 名

㊞

	変更前	変更後
ふりがな 氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住 所	〒 - 電話番号 ()	〒 - 電話番号 ()
本 籍 地		
職 業		
勤 務 先		
年収(給与)又は 所 得 額	円	円
申請者との関係		
変更事由		

保証人となる方の印鑑証明書及び収入を証明する書類を添えてください。