

様式第3号（第8条関係）

令和●年●月●日

東濃西部看護師等確保修学資金連帯保証人変更願

東濃西部広域行政事務組合管理者

多治見市長 高木 貴行 様

(貸付けの決定を受けた者) 決定番号 第 ▲ 号

住 所 ○○県○○市○○町1-1

氏 名 広城 花子 ㊞

次のとおり連帯保証人の変更を承認願います。

なお、変更が承認された場合、新連帯保証人は、東濃西部看護師等確保修学資金貸付規則の規定を遵守し、修学資金の返還の義務が生じたときは返還の債務を本人と連帯して負担します。

新連帯保証人	氏名	瑞浪 次郎 ㊞	生年月日	昭和○年○月○日	
	住所及び電話番号	〒△△△-▲▲▲▲ ○○県○○市○○町2-2 電話 (090) 1234-5678		本人との続柄	伯父
	職業又は勤務先	○○株式会社			
旧連帯保証人	氏 名	組合 土岐子 ㊞	生年月日	昭和▲年△月△日	
	住所及び電話番号	〒●●●-△△△△ ◇◇県○○市○○町3-3 電話 (0572) 9876-5432		本人との続柄	伯母
ご利用の貸付金へ	<input checked="" type="checkbox"/>	在学学生に対する貸付金			
	<input type="checkbox"/>	進学者に対する貸付金			
変更の事由	旧連帯保証人の死亡による				
変更年月日	令和○年○月●日				

備考 1 新連帯保証人は、実印を押印し、印鑑登録証明書を添付してください。

2 連帯保証人による保証の極度額は、金〇, 〇〇〇, 〇〇〇円とします。