

別記様式第3号（第8条関係）

年 月 日

東濃西部看護師資格取得支援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

(貸付けの決定を受けた者) 決定番号 第 号

住 所

氏 名 ⑩

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、東濃西部看護師資格取得支援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	⑩	生年月日	年 月 日	
	住所及び電話番号	〒 電話 () —			本人との続柄
	職業又は勤務先				
旧連帯保証人	氏 名	⑩	生年月日	年 月 日	
	住所及び電話番号	〒 電話 () —			本人との続柄
変更の事由					
変更年月日		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、192 万円とします。