

東京都地域医療医師奨学金 連帯保証書

年 月 日

東京都知事 殿

連帯保証人氏名 _____ 印

連帯保証人住所 _____

連帯保証人連絡先 _____

東京都地域医療医師奨学金の返還については、被貸与者 _____ と
連帯して責任を負うことを誓約します。