

誓約書

年 月 日

愛媛医療生活協同組合
理事長 今村 高暢 殿

私は、愛媛医療生活協同組合奨学金貸与申請するにあたり、規定の目的・条項を守り、愛媛医療生活協同組合の期待に応えるべく、誠意をもって勉学に励むことを誓います。卒業後は、規定に沿って返済いたします。

本人

本籍地

現住所

氏名



生年月日 年 月 日生

私は上記申請者が奨学金貸与規定によって負担する一切の責務について本人と連帯し、履行の責を負う事を承諾し、保証人となります。

保証人1

住所

電話 自宅

携帯

氏名



本人との関係

職業

極度額 円(月額 円を 年 月より 年 月まで か月分)

保証人2

住所

電話 自宅

携帯

氏名



本人との関係

職業

極度額 円(月額 円を 年 月より 年 月まで か月分)