

(裏面)

表面記載の申請人が貸付けを受ける岐阜県介護福祉士等修学資金の返還債務については、本人と連帯して履行することを保証します。

年 月 日

岐阜県社会福祉協議会長 様

連 帯 保 証 人	住 所	電話番号		
	氏 名	生年月日	年 月 日	
	職 業	本人との続柄		

記載上の注意

- (1) 養成施設名は 学科まで記入すること。
- (2) 養成施設種別はいずれかに をつけること。