



修学資金借用証書

令和 年 月 日

広域紋別病院企業団企業長 様

借受人 住所
氏名 印

法定代理人 印

連帯保証人 印

次のとおり広域紋別病院企業団看護師等修学資金を借用しました。
ついては、広域紋別病院企業団看護師等修学資金貸付条例及び同条例施行規則の条項を誠実に守り、相違なく返還します。

借 受 金 額	円
貸 付 期 間	ただし、月額 円として 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
備 考	借受金額は令和 年 月 日現在の金額です

修学生番号		貸付決定 年 月 日	年 月 日
-------	--	---------------	-------

注 ※借受人が未成年者であるときは、法定代理人の署名・押印が必要です。
※右上に印紙税法に基づき借用金額に応じた収入印紙を貼り割印してください。

印紙：10万円を超え50万円以下～400円
50万円を超え100万円以下～1千円
100万円を超え500万円以下～2千円