

収入印紙
100万円まで1,000円
500万円まで2,000円
1,000万円まで1万円
5,000万円まで2万円

埼玉県医師育成奨学金借用証書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

住所
氏名
生年月日
電話番号
貸与番号

連帯保証人 住所
氏名
生年月日 年 月 日生
本人との関係
電話番号

連帯保証人 住所
氏名
生年月日 年 月 日生
本人との関係
電話番号

埼玉県医師育成奨学金貸与条例に基づき、下記のとおり金額を借用しました。

記

借受け期間	(年 月から 年 月まで 年 月から 年 月までを除く)
借用金額	円

※ 借用金額に応じて収入印紙を貼り、本人及び連帯保証人2名の計3名の印で消印すること。