

借 用 書

年 月 日

宇摩歯科医師会長 様

本 人 住 所
氏 名 ⑩
貸付決定番号 年度 第 号
電話番号

連 帯 住 所
保 証 人 氏 名 ⑩
年 月 日生
本人との続柄()職業()
電話番号

連 帯 住 所
保 証 人 氏 名 ⑩
年 月 日生
本人との続柄()職業()
電話番号
¥ _____ 円也

以上の金額を借用しました。

返還期限までに確実に返済します。

連帯保証人は、返還の債務を本人と連帯して負担します。

- 注
- 1 連帯保証人は、印鑑登録証明書を添付すること。
また、連帯保証人⑩は、印鑑登録証明書のものを押印すること。
 - 2 用紙の大きさは、日本工業規格 A4とすること。