

様式第 16 号(第 17 条関係)

修学資金返還履行状況確認申請書

年 月 日

静岡県立病院機構理事長 様

連帯保証人氏名 印

連帯保証人住所 〒 -

次の返還義務者の返還の履行状況について確認したいため、申請します。

返還義務者氏名	(旧姓)
生年月日	年 月 日
返還義務者の在学中又は 卒業した看護師(助産師) 養成施設名	

- ※連帯保証人の印鑑証明書(原本)を添付してください。
- ※連帯保証人の印は、添付する印鑑証明書と同一のものとしてください。
- ※以前ご提出いただいた印鑑証明書の氏名又は住所を変更されている場合は、あわせて「連帯保証人変更届」をご提出ください。