

別記様式第2号（第4条関係）

保 証 書

年 月 日

群馬県知事                   あて

連帯保証人 住所

氏名

印

連帯保証人 住所

氏名

印

下記の者が貸与を受ける群馬県医学生修学資金について、本人と連帯して債務を負担します。

記

申請者（本人） 住所

氏名