

借 用 書

年 月 日

愛媛県歯科医師会長 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 氏 名 ⑩  
保 証 人 年 月 日生  
本人との続柄( )職業( )  
電話番号

連 帯 住 所 氏 名 ⑩  
保 証 人 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。