様式第９号(第11条関係)

連帯保証人変更承認申請書

　　年　　月　　日

　　福島県知事

貸与決定番号　　第　　　　　　　号

申請者　住所

ふりがな

氏名（署名）

　下記により、理学療法士等修学資金の貸与に係る連帯保証人を変更したいので、承認してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新連帯保証人 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 本人との関係 | 　 |
| 住所 | 郵便番号(　　　　　　　　　　)電話番号(　　　　　　　　　　) | 職業 | 　 |
| 勤務先 | 　電話番号（　　　　　　） |
| 年収(税込み) | 円 |
| 変更しようとする理由　　 | 　 |

　旧連帯保証人　　　　　　　　　　に代わって、申請者が返還をしない場合には、その債務を履行する責任を負います。

　　　　　　年　　月　　日

ふりがな

新連帯保証人　氏名（署名）