

連 帯 保 証 人 承 諾 書

記入が完了した日をご記入ください。

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

平成 年 月 日

私は、下記債務について、保証人不要制度（一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度（融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。）、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り私の個人情報を取り扱うことに同意します。

<連帯保証の対象となる債務の概要>

借 入 先	独立行政法人福祉医療機構
借 入 申 込 法 人 名	
借 入 対 象 施 設 名	
借 入 金 の 使 途	

金銭消費貸借契約証書を参考にご記入ください。
お借入が複数ある場合は、並べてご記入ください。

[フリガナ] 住 所 (※)	〒 —	
[フリガナ] 氏 名 (※)	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
連 絡 先	電話 (最終的な保証の意思確認をお電話にてさせていただきますので、日中連絡が取れる場所の電話番号をご記入ください。
借入申込者との関係		
職 業 (勤 務 先)		
略 歴	年 月	最終学歴および職歴をご記入ください。
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

住所・氏名・生年月日は必ず承諾者本人が署名願います。

実 印

(注) (※) 欄につきましては、必ず本人が自署のうえ、印鑑登録をしている実印を捺印してください。