

福祉貸付

連帯保証人承諾書

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記載日をご記入ください。

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。

記

<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	複数お借入れがある場合は、並べてご記入ください。
借入金 の 使 途	

<連帯保証人の概要>

[ふりがな]	
住所(※)	〒 -
[ふりがな]	住所・氏名・生年月日・連絡先は承諾者本人の自署が必要となります。
氏名(※)	実印 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、日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。
連絡先(※)	[電話()-()-()]
借入申込法人との関係	理事長との関係

注(※)欄は必ず承諾者本人が署名のうえ、実印を捺印してください。