

課程名等		受験番号	
------	--	------	--

保 証 書

(ふりがな)
入学者氏名(自署)

生年月日年月日生.....

〒.....

現住所

上記の者が神奈川県立保健福祉大学実践教育センターに入学の
うへは、私が保証人を引き受け、在学中、その身に関する一切の
責を負うことを保証します。

なお、授業料等の納付についても履行期限を厳守させ、万一、
履行期限までに納付しない場合には、私が納付いたします。

年 月 日

保 証 人

〒.....

現住所

電話番号

(ふりがな)
氏名(保証人自署) 印

生年月日年月日生.....

本人との続柄

職業又は勤務先

神奈川県立保健福祉大学長 様

(記入上の注意)

- 1 「入学者氏名」欄は入学者本人、保証人の「氏名」欄は保証人本人が署名してください。
- 2 保証人は、独立の生計を営む者であり、万一の場合、授業料等の債務を確実に履行できる者でなければなりません。
- 3 保証人が就業していない場合、「職業又は勤務先」欄は「無職」と記入してください。