

氏名（住所等）変更届

（ 薬学生 ）

令和 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院
理事長 様

奨学生番号 _____

届出者（本人） _____ 印

私は、地方独立行政法人大牟田市立病院薬学生奨学金の貸付を受けていますが、（ 本人 ・ 連帯保証人 ）の（ 氏名 ・ 住所 ・ 電話番号 ）に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

記

新	氏名	フリガナ _____ 印
	住所	〒 (_____)
	電話番号	_____
旧	氏名	フリガナ _____
	住所	〒 (_____)
	電話番号	_____
在学(卒業)学校名		_____

（注）連帯保証人の氏名に変更が生じた場合は新たな印鑑証明書を添付し、印鑑証明書に記載されている印鑑を押印すること。