

(様式第 6 号)

改 氏 名 ・ 住 所 変 更 届

令和 年 月 日

静岡赤十字病院長 様

学校名

学 年 又 は 第 学年

卒業年月日 令和 年 月 日

住 所

氏 名 ⑩

生 年 月 日 平成 年 月 日

下記のとおり変更しましたので、静岡赤十字病院奨学金貸与規程（第 8 条第 1 項、同第 2 項）により届けます。

記

変 更 す る 人	本 人 ・ 保 証 人	
(フ リ ガ ナ)	変 更 前	変 更 後
氏 名		⑩
住 所		
電話番号（本人のみ）		
変 更 の 理 由		

- (注) 1. 変更する人については、核当する方を○で囲んで下さい。
2. 保証人の氏名変更については、印鑑証明を添付すること。