様式 T-9

高橋美智大学院教育（看護管理）奨学金
変　更　届

公益社団法人日本看護協会長　様

西　暦　　年　　月　　日

給付奨学生氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

給付奨学生番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※下記のうち、該当する項目に○をつけてください

１．**給付奨学生**の氏名・住所等の変更　　※変更箇所のみ記入してください

氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		ﾌﾘｶﾞﾅ	
	氏		名	
現住所	〒　　都道 府県			
電話番号		PC ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		
携帯電話		携帯ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		
勤務先	名称			
	所在地	〒　　都道 府県		

２．**連帯保証人**の氏名・住所等の変更　　※変更箇所のみ記入してください

氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		ﾌﾘｶﾞﾅ	
	氏		名	
現住所	〒　　都道 府県			
電話番号		本人との続柄		
勤務先	名称			
	所在地	〒　　都道 府県		

添付書類：氏名変更の場合は戸籍抄本、住所変更の場合は住民票