

# 改 氏 名 ・ 住 所 変 更 届

年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

学 校 名

学年又は 第 学 年 日  
卒業年月日 年 月 日

住 所

氏 名 ⑩

生 年 月 日 年 月 日

下記のとおり変更しましたので、伊勢赤十字病院看護学生奨学金貸付規程（第7条2項）により届けます。

## 記

変更する人	本人 ・ 保証人	
	変更前	変更後
(フリガナ)		
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、該当する方を○で囲んで下さい。  
2. 保証人の氏名変更については、印鑑証明書を添付すること。