

宇和島市病院局看護師等奨学資金貸与届出事項変更届

年 月 日

宇和島市病院事業管理者 様

奨学生 決定番号 第 号
 住所
 氏名 ㊟
 電話番号
 携帯電話

保護者 住所
 氏名 ㊟
 電話番号
 携帯電話
 (奨学生が20歳未満の場合)

宇和島市病院局看護師等奨学資金貸与規程第19条の規定により、下記のとおり届け出ます。
 記

異動年月日	年 月 日
異動理由	1. 氏名変更 2. 住所又は連絡先変更 3. 振込口座の変更 4. 留年、休学又は停学したため 5. 留年した後、進級したため 6. 休学した後、復学したため 7. 停学の処分が解かれたため 8. その他 ()
異動内容	異動後
	異動前
	期 間 年 月 日から 年 月 日まで
変更後の振込口座	金融機関名 _____ 本支店名 _____ 口座番号 (普通・当座) _____ 口座名義人 _____

備考 1 4の場合は、期間を記入してください。
 2 異動内容を証する書類を添付してください。