

様式7号

変更届

令和 年 月 日

国立病院機構水戸医療センター院長 様

住 所

氏 名 印

生年月日

学 校 名

学籍番号

このたび、下記事項を変更しましたので、独立行政法人国立病院機構水戸医療センター奨学金貸与規程第17条の規程により、次のとおりお届けします。

変更事項	新	旧
氏 名		
住 所		
電話番号		
振込口座	銀行 支店	銀行 支店
	普通預金NO	普通預金NO
	名義人	名義人
連帯保証人	印 (印鑑証明書を裏面へ貼付のこと)	
資格の取消	(具体的理由を記載)	
そ の 他		
変更年月日	平成・令和 年 月 日	