

奨学金保証人変更届
(薬学生)

令和 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院
理事長 様

奨学生番号 _____

届出者氏名 _____ 印

新保証人氏名 _____ 印

次のとおり保証人の変更を承認願います。

なお、変更が承認されたときは、新保証人は、本人と連帯して地方独立行政法人大牟田市立病院薬学生奨学金貸付規程に基づく奨学金の返還及び延滞利息の支払の債務を負担します。

新保証人	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名		職業・勤務先	
	住所	〒 () 電話番号 ()		
旧保証人	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名		職業・勤務先	
	住所	〒 () 電話番号 ()		
変更事由				
変更年月日	令和 年 月 日			

(注) 新連帯保証人は所得証明書・印鑑証明書を添付し、印鑑証明書に記載されている印鑑を奨学金保証人変更届に押印すること。