

様式第4号(第8条第1項関係)

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター看護師養成機関学生奨学金受給者異動等届出書

年 月 日

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター理事長 様

支給番号 第 号
所 属

第 年次

学籍番号
ふり がな
氏 名

㊞

下記のとおり異動等がありますので、届け出ます。

記

支給番号	第 号
異動等事項	<input type="checkbox"/> 奨学金の受給辞退 <input type="checkbox"/> 退学 <input type="checkbox"/> 休学 <input type="checkbox"/> 停学その他の処分を受けた <input type="checkbox"/> 心身の故障のため修学の見込みがない <input type="checkbox"/> その他 ()
異動等年月日	年 月 日

※上記異動等について確認	確認者
年 月 日	㊞

(注) 所属機関の事務担当者が記入