

## 変 更 届 (本人)

公益社団法人沖縄県看護協会長 様

西暦            年            月            日

奨学生氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

- 奨学金の種類                    A 看護師2年課程通信制奨学金  
 (該当するアルファベットに○)    B 認定看護師教育課程奨学金  
     C 看護系大学大学院奨学金 (専攻科、別科含む)  
     D 特定行為研修奨学金

下記のうち、該当する項目に○

1. 奨学生の 氏名・住所・職業等の変更 →下記該当欄に記入
2. 奨学生の 休学または停学による修学の中断又は再開 →下記該当欄に記入
3. 奨学生の 教育機関・専攻分野又は研修内容の変更 →下記該当欄に記入

【異動後】 今回変更のあった項のみ記入してください。

氏 名	フリガナ		フリガナ						
	氏		名						
住 所	〒								
電話番号	—	—	PCメールアドレス						
携帯電話	—	—	携帯メールアドレス						
在 籍 学校名									
専攻分野 又は 研修内容									
勤 務 先	名 称								
	住 所	〒							
	電話番号	—	—						
休学または停学の期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
復学年月日	西暦	年	月	日					
退学年月日	西暦	年	月	日					

添付書類：氏名変更の場合は戸籍抄本、住所変更の場合は住民票、転学の場合は在学証明書