# 様式第３号（学則第15条関係）

**保　証　人　変　更　届**

　　　　年　　月　　日

佐賀県医療センター好生館看護学院様

学 科　　第　　学 年

氏　名

下記のとおり変更したのでお届けします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新 | 住所 |  |
| 氏　　　　名（保証人の自署） |   |
| 本人との続柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 旧 | 氏　　　　名 | 　  |

変更年月日　　　　　　　　年　　月　　日

変更理由

※　携帯電話をお持ちの場合は、携帯電話の番号を記入してください。

※ この届に記載されている事項については、学院事務以外の利用目的には使用することはありません。