

保証人変更届

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構
東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校
学 校 長 殿

学 年
学籍番号
氏 名

印

今般、次の通り保証人を変更いたしましたのでお届けいたします。

記

1. 変更理由

2. 新保証人

住 所

電話番号

氏 名

印

年 月 日生

本人との続柄

3. 旧保証人

住 所

氏 名

印