様式通第10号

保 証 人 変 更 届

平成　　年　　月　　日

木 更 津 看 護 学 院

校長　　様

2年課程（通信制）
学籍番号

学生氏名

下記のとおり保証人を変更したいのでお届けいたします。

記

上記の学生がすでに誓約していることは勿論、本人の一身上に関することは保証人が引き受け保証します。

新保証人

住　所	〒
氏　名	印
生年月日	年　　月　　日
電話番号	
職　業	
本人との続柄	
変更の理由	