

様式第24号(第25条関係)

医学等奨学生決定番号 年度第 号

住所等変更届

年 月 日

(あて先) 臼杵市長

(届出人) ☐奨学生 ☐生計維持者 ☐連帯保証人
氏名

※自署又は記名押印

次のとおり住所等の変更がありましたので、臼杵市医学生等奨学資金に関する条例第16条第2項及び同条例施行規則第25条第2項の規定により届け出ます。

変更事項	変更前	変更後
フリガナ		
氏 名		
住 所	〒	〒
電 話 番 号		
そ の 他		

備考 届出内容を証する書類を添付すること。