

奨学金月額変更願

学 校 名 第 学年

奨学生番号 氏 名

次のとおり奨学金の月額の変更をお願いします。

- 1 現在の奨学金月額 円
- 2 希望する奨学金月額 円
- 3 事 由

年 月 日

本 人 住 所

氏 名 印

第一連帯保証人 住 所

氏 名 印

公益財団法人 長崎県育英会理事長 様

上記の願い出を適当と認めます。

年 月 日

校長 氏名 印