

(様式C1)

連 帯 保 証 人 変 更 願

年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

修学生決定番号
住 所
連絡先(電話) — —
フリガナ
氏 名 印

新連帯保証人
住 所
連絡先(電話) — —
氏 名 印

下記理由により、連帯保証人を変更したいので承認願います。

記

1 変更の理由

2 新連帯保証人

氏 名

生年月日及び続柄

職 業

3 旧連帯保証人

氏 名

生年月日

※新連帯保証人の印鑑証明を添付のこと。