

様式第6号

奨学生異動届

年 月 日

一般財団法人岩手県市町村職員健康福利機構理事長 様

給付決定番号 _____

学校・学年 _____

奨学生氏名 _____

保護者氏名 _____ ㊦

次のとおり異動がありましたので、届け出ます。

区 分	異動年月日	備 考
退 学	年 月 日	退学理由
転 学	年 月 日	転学理由 転学先学校名 _____
休 学	年 月 日から 年 月 日まで	休学理由 年度内の復学見込（ 有 ・ 無 ）
復 学	年 月 日から	復学理由
住所変更	年 月 日	変更理由 〒 _____ TEL () _____ 新住所 _____
氏名変更	年 月 日	変更理由 新氏名 _____
金融機関 の 変 更	年 月 日	金融機関名 _____ 支店名 _____ 口座番号 _____
受給辞退	年 月分から	辞退理由
そ の 他	年 月 日	具体的事項

注 該当する区分を○で囲み、異動年月日及び備考欄を必ず記入してください。