

修学奨励生異動届

一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会理事長 殿

保護者(会員)氏名



住所 〒

電話

()

一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会修学金給付基準第8条又は同第12条の規定に基づき、次のおり奨励生の異動を届け出ます。

学 校 名	神奈川県立		高等学校・学校高等部 中等教育学校	課 程	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	
フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 組		
生徒氏名						
異 動	転学・退学	年 月 日 付				
	休学	年 月 日～ 年 月 日				
	復学	年 月 日 付				
	停学	年 月 日～ 年 月 日				
	奨励生辞退	年 月 日 付				
	氏名	生徒	新氏名 旧氏名			
		会員	新氏名 旧氏名			
住所	生徒	新				
	会員	新				

※個人情報の取扱については、当法人の「個人情報保護方針」及び「個人情報保護規程」に従うものとします。ご記入いただいた個人情報につきましては、修学奨励生の審査及び修学奨励金支払のために使用され、それ以外には使用いたしません。

上記の通り相違ありません。

年 月 日

校 長 _____ 印

担 当 者 _____ 印

問 合 せ 先

電 話 番 号 _____ ()

※学年の電話等で担当者につながりやすい番号をご記入ください。