

(別記要領様式第4号)

## 連帯保証人変更願

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

修学生番号	第	号
-------	---	---

(修学生) 住所

氏名

印

(連帯保証人) 住所

ふりがな  
氏名

印

電話番号 ( )

次のとおり連帯保証人を変更したいので承認してください。

新 連 帯 保 証 人	生年月日	年 月 日 生	
	本人との続柄		
	本籍		
	職業		
	勤務先	所在地	
		名称	
人	直近の年間所得額(税込)万円	万円	
旧連 帯保 証人	氏名		
変更の理由			