

医学部長	事務長	事務主事	係長	起案者
専				

## 住所・本籍地変更届

(西暦)            年        月        日

東京医科歯科大学医学部長        殿

- 医学部医学科 第        学年  
 医学部保健衛生学科 第        学年  
 ( 看護学専攻   検査技術学専攻 )

学籍番号 

--	--	--	--	--	--	--	--

氏 名 \_\_\_\_\_

このたび、下記のとおり変更しましたのでお届けいたします。

記

変 更 者	<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 保 証 人 (保証人氏名： _____ 続柄： _____)								
<input type="checkbox"/> 住 所	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> TEL. _____								
<input type="checkbox"/> 本 籍 地									

注) 変更該当個所の□をチェックしてください。

注) 提出の際は、変更内容の分かる書類 (運転免許証・住民票・戸籍謄本・外国人登録証等) を提示してください。

教務システム	債権変更	学籍簿	名簿