

研究科長	副研究科長	部長	課長	副課長	専門職員	係長	係員
専	専	専	専	専	専		

## 住所・本籍地変更届

Notification for Change of Address / Legal Domicile

年 月 日 Date (Today)

医歯学総合研究科長 殿  
Dean, Graduate School of Medical and Dental Sciences

保健衛生学研究科長 殿  
Dean, Graduate School of Health Care Sciences

年度入学 Year of Admission

修士課程 Master  博士課程 Doctor

研究生 Graduate Research Student

( 分野 Department)

学籍番号 ID Number 第         号

氏名 Name  (※)

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

When a person submitting this form does not sign the above space (※), you must type/write his/her name and affix his/her seal in the space(※) on behalf of him/her.

電話番号 Phone Number

E-mail address:  @

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。  
I would like to notify change of address as below.

記

変更該当者 Person	<input type="checkbox"/> 本人 Myself <input type="checkbox"/> 保護者等 Parent or Guardian (★) ※保護者等についての変更の場合は、下記保護者等氏名欄への自署・押印が必要となります。 In case of changing the address of Parent or Guardian, signature and seal of Parent or Guardian on below ★ are required.	
	旧 Before	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 住所 Address	新 New	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	旧 Before	都・道・府・県
<input type="checkbox"/> 本籍地 Legal Domicile	新 New	都・道・府・県

★保護者等氏名 Name of Parent or Guardian  (印)

注) 変更該当箇所の  に✓チェックをして  
してください。

学務企画課使用欄				
学籍システム	債権変更	学籍簿	台帳	名簿
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注) 平成24年度より住所・本籍地を変更したことを証明する  
書類の提示が必要になりました。

Note: A proof of new address must be submitted.

Example: residence card, family register.

住民票	<input type="checkbox"/>	運転免許証	<input type="checkbox"/>
戸籍抄本・謄本	<input type="checkbox"/>	登録証・在留カード	<input type="checkbox"/>
その他( <input type="text"/> )			