**死亡届**

 　　　年　　　月　　　日

大学院　医歯学総合研究科長　殿

保健衛生学研究科長　殿

連絡先人氏名 　　　　　　　　　　　（※）

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

　私が連絡先人氏名となっている学生が死亡しましたので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入学年度 |  　　　年度 | 学籍番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 学年 | 第　　　学年 |
| 課　　程 | □ 修士課程　　　　□ 博士課程　　　　□ 大学院研究生 |
|  | 生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 死亡日時 | ＡＭ 　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　時　　　　　分ＰＭ |
| 連絡先人連絡先 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　℡．　　　　－　　　　　－ |
| 備　　考 |  |

※　死亡を確認できる証明書を添付してください。