

## 改姓・改名届

平成 年 月 日

医学部長殿

医	学	部	医	学	科
平成	年度	入学			回
学生番号			-		
氏名					印
住所	〒	(携帯) 電話			
E-Mail	_____				

このたび、下記のとおり改姓・改名しましたので、お届けします。

### 記

ふりがな  
新氏名： \_\_\_\_\_

ローマ字表記： \_\_\_\_\_

旧氏名： \_\_\_\_\_

改姓名年月日： 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
(本学届出年月日)

注1：改姓・改名の事実が確認できる書類を添付してください。

注2：記名押印は自筆署名をもってかえることができます。

#### ※改姓・改名の事実が確認できる書類

住民票、婚姻届受理証明書、健康保険証、運転免許証または外国人登録証明証等で  
新・旧氏名が記載された改姓・改名の事実が確認できる公的書類。

書類はコピーを取った後に返却します。