

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					⑩
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。