

教授承認印	
指導教員印	

旧姓・通称名使用願

西暦 _____年____月____日

医学研究科長 殿

医学研究科 _____ 専 攻

年度 入学 進学 編入学 回 生

学生番号

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

氏 名 _____ (自 署) _____ (印)

住 所 〒 _____ (携帯) 電話 _____

E - M a i l _____

学籍氏名については、下記のとおり旧姓・通称名を使用したいので、お届けします。

記

旧姓・通称名 _____

戸 籍 氏 名 _____

理 由 _____

注：氏名欄は自署してください。