

住所登録等変更届 Notification of change of address

年 月 日届出

①太枠内必須 **Bolded columns must be filled in.**

②該当箇所の口欄にレ点をし、変更情報を記入 **Please check the applicable boxes for the information to be changed.**

学科名等 Department/School	医学科・看護学科・大学院 Medicine Nursing Graduate School	学籍番号 student ID		学年 grade	
(ふりがな)					
氏名 Name					<input type="checkbox"/> 改姓 Family name change <input type="checkbox"/> なし None <input type="checkbox"/> あり(別紙、改姓名届を提出して下さい) Yes (Please submit "Notification of family name change")
<input type="checkbox"/> 現住所 Address	〒 ー 都道府県 市区町村			自宅・下宿 Home・Dorm/Apartment (どちらかに○) Please circle either one.	
<input type="checkbox"/> 電話番号 Phone number	TEL () ー	<input type="checkbox"/> 携帯電話 Mobile number	TEL ー ー		

保護者情報 Guardian's Information

(ふりがな)					
<input type="checkbox"/> 保護者氏名 Guardian's Name				<input type="checkbox"/> 本人との続柄 Relationship to the student	
<input type="checkbox"/> 保護者住所 Guardian's Address	〒 ー 都道府県 市区町村				
<input type="checkbox"/> 電話番号 Phone number	TEL () ー	<input type="checkbox"/> 携帯電話 Mobile number	TEL ー ー		

授業料納付書の送付先 Address for sending tuition payment forms

<input type="checkbox"/> 保護者 Guardian	<input type="checkbox"/> 本人 Student	<input type="checkbox"/> その他(保護者・本人以外の第三者) (※その他を選択した場合は、以下を記入。) Other (the third person other than guardian or student) (*If you selected other, please fill in the space below.)
(ふりがな)		
<input type="checkbox"/> (第三者)氏名 Name of the third person		
<input type="checkbox"/> (第三者)住所 Address of the third person	〒 ー 都道府県 市区町村	
<input type="checkbox"/> 電話番号 Phone number	TEL () ー	<input type="checkbox"/> 携帯電話 Mobile number TEL ー ー

※取得した個人情報については、「滋賀医科大学における個人情報の取り扱いについて」に記載されている 利用目的以外で利用することはありません。

※The personal information obtained from this form will not be used for any purpose other than those stated in the "Use of Personal Information at Shiga University of Medical Science".

※処理日	※入力