

学費負担者変更届
NOTIFICATION OF CHANGE OF SCHOOL EXPENSES PAYER

年 月 日
Year Month Day

松本歯科大学長殿
To the President of Matsumoto Dental University,

大学院歯学独立研究科
Graduate School of Oral Medicine

学籍番号 ID G 番
Student ID No.

氏名
Name in Full Signature

学費負担者を変更したいので、次のとおり届出します。
I hereby report a change of my school expenses payer as noted below.

記

旧学費負担者 氏名
Previous Payer Name

Signature

本人との続柄 本人・保証人・保証人・その他
Relationship Self Guarantor Guarantor Other

新学費負担者 氏名
New Payer Name

Signature

生年月日 昭和・平成 年 月 日
Date of Birth Year Month Day

〒 -

現住所
Address TEL ()

本人との続柄 本人・保証人・保証人・その他
Relationship Self Guarantor Guarantor Other

職業
Occupation

変更の理由
Reason

研究科長	所属長	受付