

旧姓使用届
NOTIFICATION OF USE OF PREVIOUS NAME

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 Student ID No.	ID # G	番
氏名 Name in Full		⑧ Signature

学籍簿に記載する氏名については、旧姓で記載していただきたいので届け出ます。
I hereby report the use of my previous name as noted below.

記

学籍簿記載氏名 (旧 姓) Name as it is used in official school records	
戸籍謄本記載氏名 Name as it appears on the family registration	

学 長	研究科長	所属長	受 付