**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 |
| ふりがな |  | ㊞Signature |
| 氏名Name in Full |  |

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 onthe family registration |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 研究科長 | 所属長 | 受　付 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学生ﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽ入力日 | 入力者 | 確認 |
| 　年　月　日 |  |  |