

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 氏名 Name in Full		Ⓜ 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	

研究科長	所属長	受付

学生データベース入力日	入力者	確認
年 月 日		