**学費負担者変更届**

**NOTIFICATION OF CHANGE OF SCHOOL EXPENSES PAYER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年Year |  | 月Month |  | 日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Previous Payer | 氏名Name |  | ㊞Signature |
|  | 本人との続柄Relationship | 本人 ・ 保証人Ⅰ ・ 保証人Ⅱ ・ その他Self GuarantorⅠ GuarantorⅡ Other |  |  |  |
| 新学費負担者New Payer | Name |  | ㊞Signature |
|  |
|  | 生年月日Date of Birth |  | 年Year |  | 月Month |  | 日Day |  |
|  | 現住所Address | 〒 | 　　　　　－ |
|  |
| TEL | 　　　　　　（　　　　　　） |
|  | 本人との続柄Relationship | 本人 ・ 保証人Ⅰ ・ 保証人Ⅱ ・ その他Self GuarantorⅠ GuarantorⅡ Other |  |  |  |
|  | 職業Occupation |  |
|  | 変更の理由Reason |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 |  |  |