

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.

ふりがな \_\_\_\_\_ 印

氏名 Signature  
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 氏名  
Previous Payer Name

印  
Signature

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

( )

新学費負担者 氏名  
New Payer Name

印  
Signature

生年月日 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I・保証人II・その他  
Relationship Self Guarantor I Guarantor II Other

( )

職業  
Occupation

変更の理由  
Reason

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		