

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 ID # G 番
Student ID No.

ふりがな 氏名 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 |
| 20 年 月 日 | | |