

係 長	取 扱 者	担 任

学 生 身 上 変 更 届

令和 年 月 日

川崎医療短期大学学長 殿

学 科 _____ 年

学籍番号 _____

氏 名 _____

下記のとおり、変更いたしましたのでお届けいたします。

記

変更年月日			令和 年 月 日
理 由			
変 更 事 項	現 住 所 自宅 ・ 下宿 (変更場所に○ をつけること)	新	〒 — Tel () — ※アパート・マンション名、部屋番号も記入すること
		旧	〒 — Tel () —
	駐輪場利用 (住所変更時のみ 記入)	新	希望する ・ 希望しない ・ 利用をとりやめる ※駐輪場の空きがあり自宅から直接自転車で通学する人のみ利用可
		旧	有 ・ 無
	保護者住所	新	〒 — Tel () — ※アパート・マンション名、部屋番号も記入すること
		旧	〒 — Tel () —
	ふ り が な 姓 名	新	
		旧	
	そ の 他	新	
		旧	

記載されている個人情報、学生指導上の資料として利用し、それ以外の目的には利用しません。