

(西暦) 年 月 日

住所変更届

大阪医科薬科大学
大学院医学研究科長 殿

医科学専攻修士課程 第 学年

学籍番号

コース

氏 名

印

この度、下記のとおり変更(します・しました)のでお届けします。

※該当のものに○をすること

記

<変更事項> 該当する項目にチェックし、変更内容を記入のこと。

- 住 所
 電話番号

住 所	〒 —
新電話番号	()
旧 住 所	〒 —
旧電話番号	()
変 更 理 由	
変更年月日	(西暦) 年 月 日
備 考	

※住所の変更については、速やかに届出すること。

※上記届出のあった個人情報は、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

経理課	人事課	医学事務課