

学 生
父 兄
保 証 人
学 費 負 担 者

住 所 変 更 届

岩手医科大学
医学部長
歯学部長
薬学部長
看護学部長
殿

令和 年 月 日
薬学研究科 年 番
学籍番号
氏名 ⑩

このたび下記のとおり変更いたしましたのでお届け致します。

記

1. 新 住 所 [学 生 ・ 父 兄 ・ 保 証 人 ・ 学 費 負 担 者]
〒 _____

新電話番号 [学 生 ・ 父 兄 ・ 保 証 人 ・ 学 費 負 担 者]
(_____) _____

2. 旧 住 所 [学 生 ・ 父 兄 ・ 保 証 人 ・ 学 費 負 担 者]
〒 _____

旧電話番号 [学 生 ・ 父 兄 ・ 保 証 人 ・ 学 費 負 担 者]
(_____) _____

3. 変更の事由

※ [] のあてはまるものを○で囲んでください。