

住 所 届

| | | | | |
|---------------|------------------|---------|---------------------|-------------|
| 学 科 名 | 医学科 ・ 看護学科 ・ 大学院 | | 学籍番号 (記入不要) | |
| 入 学 年 度 | 年度入学 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| (ふりがな) | | | (アルファベット表記 :) | |
| 氏 名 | | | | 男 ・ 女 |
| 住 所 (注1) | 〒 - | | 自宅 ・ 下宿 (どちらかに○) | |
| 電 話 | () - | 携 帯 電 話 | - - | |
| 勤 務 先 (注2) | | | 勤 務 形 態 (注2) | 常 勤 ・ 非 常 勤 |

(注1) 下宿を選択された方は、下宿先の住所を記入してください。下宿先が未定の方は未記入で結構です。決定次第、学生課に『住所登録等変更届』を提出してください。

(注2) 大学院生で、勤務先がある場合は記入してください。

| | | | |
|--------|-----|---------|-------|
| 保護者情報 | | | |
| (ふりがな) | | 本人との続柄 | |
| 氏 名 | | 電 話 | () - |
| | | 携 帯 電 話 | - - |
| 住 所 | 〒 - | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|------------------------------|-------|---|--|
| 授業料納付書の送付先 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 保 護 者 | | <input type="checkbox"/> 本 人 | | <input type="checkbox"/> その他 (保護者・本人以外の第三者) (※その他を選択した場合、以下を記入。) | |
| (ふりがな) | | 本人との関係 | | | |
| (第 三 者) 氏 名 | | 電 話 | () - | | |
| | | 携 帯 電 話 | - - | | |
| (第 三 者) 住 所 | 〒 - | | | | |

※取得した個人情報については、「滋賀医科大学における個人情報の取り扱いについて」に記載されている利用目的以外で利用することはありません。

| | | |
|------|-----|-----|
| ※処理日 | ※入力 | ※担当 |
| | | |