

学校長	教 頭	学務部長	学科長	教務主任	担 任	事 務
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

平成 年 月 日

変 更 届

大川学園医療福祉専門学校長 殿

学籍番号 _____

氏名 _____ 印

下記の通り変更いたしましたので届け出ます。

記

*該当欄にチェックを入れてください。

	*	変更内容	変 更 前	変 更 後
本人		ふりがな 氏名		
		住所	〒 -	
		電話番号		
		携帯番号		
		通学経路		
		その他		
保証人		ふりがな 氏名		
		続柄		
		住所	〒 -	
緊急連絡先		ふりがな 氏名		
		名称		
		本人との関係		
		電話番号		

学務・教務データ確認	学務学籍簿変更	担任学生カード変更
月 日	月 日	月 日