

卒業後変更届

申込日 : 令和 年 月 日

卒業学科		科 (学籍番号:)	
卒業年月日		平成・令和 年 月 日 卒業	
ふりがな			
氏 名		(旧姓)	
現住所		〒 - TEL () -	
勤務先	名称	(所属:)	
	所在地	〒 - TEL () -	

- ・卒業後、身上に変更が生じた場合には、必ず速やかにこの用紙を下記まで提出（郵送）して下さい。
- ・記入された個人情報、個人情報保護関連規定に基づき適切に管理します。
各種証明書発行、各種統計調査、各種文章発送等に使用し、第三者への提供は行いません。

神戸総合医療専門学校 事務局学生支援係
〒654-0142 神戸市須磨区友が丘7丁目1番21
TEL (078) 795-8000(代)

※学校記入

受付年月日	
受付	