

身上異動届

令和 年 月 日

専門学校高崎福祉医療カレッジ 学校長 殿

看護師科（2年課程通信制）

学籍番号 _____

本人氏名 _____ 印

私儀、以下の事項につき、令和 年 月 日より変更いたします。

本人住所 連絡先住所 （ に✓を入れてください）

変更前	〒 ー 住所
	自宅: 携帯: mail:
変更後	〒 ー 住所
	自宅: 携帯: mail:

氏名 勤務先 () の変更 （ に✓を入れてください）

変更前	フリガナ
変更後	フリガナ

※保証人の変更については、別途事務局に連絡してください。

教務主任

変更処理済み	担当者
年 月 日	