

住 所 届 Notification of Address

学 科 名 Department/School	医学科 ・ 看護学科 ・ 大学院 Medicine ・ Nursing ・ Graduate School	学籍番号 (記入不要) Student ID number (Not required)	
入 学 年 度 Year of Admission	年度入学	生年月日 Date of Birth	西暦 年 月 日 Year Month Day
(ふりがな)	(アルファベット表記:)		
氏 名 Name and Gender	男 ・ 女 Male Female		
住 所 Address (注1) (Note 1)	〒 -		自宅 ・ 下宿 Home ・ Dormitory/Apartment (どちらかに○) Please circle either one.
電 話 Phone number	() -	携 帯 電 話 Mobile number	- -
勤 務 先 Place of employment (注2) (Note 2)		勤 務 形 態 Work status (注2) (Note 2)	常 勤 ・ 非 常 勤 Full-time Part-time

(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。

(Note 1) If you have decided to live in a dormitory/apartment at the time of enrollment and already know the address, please fill in the address you are moving in. If you have not yet decided where to live, please leave the space blank, and when decided, submit the "Notification of change of address" to the Student Division.

(Note 2) If you are a graduate student and have a job, please provide the name of the organization and the status.

保護者情報 Guardian's Information			
(ふりがな)		本人との続柄 Relationship to the student	
氏 名 Name		電 話 Phone number	() -
		携 帯 電 話 Mobile number	- -
住 所 Address	〒 -		

授業料納付書の送付先 Address for sending tuition payment forms			
<input type="checkbox"/> 保 護 者 Guardian	<input type="checkbox"/> 本 人 Student	<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。) Other (the third person other than guardian or student) (*If you selected other, please fill in the space below.)	
(ふりがな)		本人との関係 Relationship to the student	
(第三者) 氏名 Name of the third person		電 話 Phone number	() -
		携 帯 電 話 Mobile number	- -
(第三者) 住所 Address of the third person	〒 -		

※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。

※The personal information obtained from this form will not be used for any purpose other than those stated in the "Use of Personal Information at Shiga University of Medical Science".

※処理日	※入力	※担当