「口の難病」マイスターコース　登録事項等変更届

大阪大学大学院歯学研究科長　　殿

大阪大学歯学部附属病院長　　　殿

次のとおり、「口の難病」マイスターコースの登録事項に変更があったので届け出します。

　　年　　月　　日　提出

|  |  |
| --- | --- |
| 現在登録しているコース | |
| 年度  　□　４月スタート　／　□　１０月スタート | |
| コース登録番号 |  |

**変更事項等（□に✔して右記に変更内容等を記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| □　氏名変更（改姓等） | （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  旧  （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  新 |
| □　連絡先変更 | 電話 |
| E-Mail |
| □　現資格（身分）変更 | □　研究生  □　医員（歯科医師）　□　医員（専修歯科医）  □　上記の資格の喪失 |
| 学籍番号（研究生への変更のみ）※新規入学予定者は記載不要 |
| □　所属教室（診療科）  等変更 |  |
| □　年間登録の取り消し | 年　　月　　日　付けで、  現在登録しているコースの修了を放棄します |
| 備考 | ※大学記入欄 |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属教室（診療科）の長 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※連絡先変更のみの場合は、所属教室（診療科）の長の承認印不要