

通称名使用願

年 月 日

聖隷クリストファー大学介護福祉専門学校長 殿

学籍番号 氏 名 印

保証人氏名 印

私は、以下のとおり通称名を使用したいので、ご許可くださいますよう保証人連署のうえお願いいたします。なお、通称名と本名との認証に関しては、私の責任において行います。

学籍番号または受験番号	
所属 (学部・学科/専攻科/研究科)	
氏名 (戸籍に記載のあるもの)	
フリガナ (氏名)	
ローマ字 (氏名)	
国籍	

※入学予定者で学籍番号が付番されていない方は受験番号を、在學生は学籍番号のみを記入してください。

※申請學生は、承認後の写しを卒業まで保管してください。

使用する通称名

通称名	
フリガナ	
ローマ字	

通称名使用を希望する理由 (該当する□をチェック)

	理由	必要書類
<input type="checkbox"/>	①本人の「住民票」に記載されている通称名の使用を希望するため	住民票 (通称名の記載のあるもの)
<input type="checkbox"/>	②婚姻、または養子縁組により改姓したが、研究活動における継続性を維持することを目的として旧姓の使用を希望するため	現在の本名と旧姓が判別可能な公的証明書 (戸籍謄本、戸籍抄本、パスポート等)
<input type="checkbox"/>	③その他 (※裏面に理由を記入してください)	理由の正当性を補足するもの

専門学校 校長	専門学校 教務主任	総務部長	統括センター長 (部長)	学生サービス センター長

教務事務 センター長 確認	GAKUEN 入力	学生サービス センター 受付

書類の流れ：学生サービスセンター→学科長→学部長→学生部長→総務部長→学長

※承認内容を GAKUEN に入力後、 学生本人にコピーを渡す (/)

大学事務職員へ斉メール (/ 配信) 後、学生サービスセンター保管

