

学 費 負 担 者 変 更 届

令和 年 月 日

近畿大学附属看護専門学校長 様

学科 学年 学籍 番
氏 名 ⑩

新学費負担者氏名 ⑩
(学生本人の場合は記入不要)

私こと以下の理由によって学費負担者を変更いたしたく新学費負担者
連署のうえお届けします。

学費負担者 変更日	令和 年 月 日	
理 由		
新学費負担者	住 所	〒
	TEL	() —
	氏 名	
旧学費負担者	住 所	〒
	TEL	() —
	氏 名	

※ 教務システム修正	⑩	※ GAKUEN修正	⑩
------------	---	------------	---

教 務				事 務			
校 長	教務部長	教務主任	担当教員			事務長	担当者

注) ※印欄は記入しないでください。

(様式第 号)