

# 通称名使用中止届

令和 年 月 日

九州大学大学院医学系学府長 殿

所 属 医学系学府

専攻 (修士・専門職・博士)

学生番号

氏 名

下記のとおり通称名の使用を中止したいので届出いたします。

## 記

使用を中止する通称名

ふりがな	
漢字氏名	
英字氏名	

使用する戸籍又は住民票上の氏名

ふりがな	
漢字氏名	
英字氏名	

性別違和を理由とする場合は以下を記入

キャンパスライフ・健康支援センターとの面談

面談日	面談方法	面談対応者氏名
令和 年 月 日	対面／電話／メール ／その他 ( )	

※確認のため、面談対応者に連絡することがあります。

保護者等の同意 ※確認のため、連絡することがあります。

同意を得た日	同意を得た方法	保護者等氏名及び連絡先
令和 年 月 日	対面／電話／メール ／その他 ( )	TEL : - -

※確認のため、保護者等に連絡することがあります。