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。