

20 年 月 日

帝京大学医学部附属病院
院 長

殿

学 校 名
学 年
氏 名 (印)
生年月日 (西暦) 年 月 日

届 出 事 項 変 更 届

(1) 住所

私の (2) 届出電話番号 を変更したいので、お届けいたします。

(3) 振込口座

(4) その他

(注) 必要事項に○を付してください。

〈 変更内容 〉

(1) 住所変更の場合

旧住所 〒

新住所 〒

(2) 届出電話番号の変更の場合

旧電話番号

新電話番号

(3) 振込口座の変更の場合 (新しい振込口座についてご記入ください)

1. 銀行名

銀行・信用金庫・信用組合

2. 支店名

本店・支店・出張所

3. 預金の種類

普通

口座番号 (7桁)

--	--	--	--	--	--	--

4. 口座名 (カタカナ)

※ゆうちょ銀行は不可

(4) その他の変更の場合

旧変更事項

新変更事項