

現 況 届

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

本人 氏名

次のとおり届け出ます。

入学年度	所 属	学 籍 番 号	ふりがな 氏 名	性 別
年 度	<input type="checkbox"/> 保健医療学研究科（ 専攻） <input type="checkbox"/> 保健医療学部（ 学科）			男・女
現 住 所	〒			
	電 話 番 号（ ） — 携 帯 電 話 番 号 e-mail			
	自 宅 ・ 下 宿 ・ ア パ ー ト ・ そ の 他（ ）	家 族	同 居 ・ 別 居	
帰省先等	住 所	〒		
		電 話 番 号（ ） —		
保 証 人	ふりがな 氏 名		本人との続柄	
	住 所	〒		
		電 話 番 号（ ） —		

注1 帰省先等は現住所と異なる場合に記載すること。

注2 保証人は誓約書の保証人欄に記載された保証人であること。