

通信課程（様式1）

# 登録情報変更届

届出日 年 月 日

専門学校高崎福祉医療カレッジ  
通信教育部 御中

所 属	<input type="checkbox"/> 社会福祉士科		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士科	
	<input type="checkbox"/> 一般養成課程		<input type="checkbox"/> 短期養成課程	
学籍番号				
氏 名				

以下の事項につき、年 月 日より変更いたします。

住所 連絡先の変更（に✓を入れてください）

変更前	〒 - 住所
	自宅: 携帯: mail:
変更後	〒 - 住所
	自宅: 携帯: mail:

氏名 勤務先 （ ）の変更（に✓を入れてください）

変更前	フリガナ
変更後	フリガナ

受付担当者	通信教育部受理日
	年 月 日