様式第15号

学 生 団 体 設 立 事 項 変 更 届

年　　　月　　　日

山形県立保健医療大学長　　殿

（代表者）

学籍番号

学　　科　　　　　　　　学　年

氏　　名

TEL

下記のとおり変更したいので届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変　　更　　後 | 変　　更　　前 |
| 団　体　名 |  |  |
| 規約・会則 | 別添のとおり |  |
| 代　表　者 |  |  |
| 顧問教員 |  |  |
| この学生団体の顧問に就任することを承諾します。平成　　　年　　　月　　　日　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |