

保護者への学業成績送付に関して

同意します。



群馬大学医学部医学科が、群馬大学医学部医学科在籍中における私の学業成績を保護者へ送付することに同意します。

また、送付すべき者または送付先住所に変更があった場合にはただちに届け出ます。

平成____年____月____日

専攻_____専攻

学籍番号_____

氏名
(自筆署名) _____

保護者氏名 _____

送付先住所 〒

同意しません。



群馬大学医学部医学科が、群馬大学医学部医学科在籍中における私の学業成績を保護者へ送付することに同意しません。

その理由を裏面の理由書及び保護者の同意書をもって医学部医学科長に示します。

平成____年____月____日

専攻_____専攻

学籍番号_____

氏名
(自筆署名) _____

電話番号 _____

群馬大学医学部医学科長 殿

平成____年____月____日

学籍番号 _____

氏 名
(自筆署名) _____

理 由 書

私は、以下の理由により、群馬大学医学部医学科が群馬大学医学部医学科在籍中における私の学業成績を保護者へ送付することに同意しません。

(理由)

保護者への学業成績送付に関する

保 護 者 の 同 意 書

私は、学生が「保護者への学業成績送付に関する同意書」に同意しなかった事に関して、保護者としてこれに同意し、成績等の通知は必要ありません。

保護者氏名
(自筆署名) _____