SUMS-PO パスワード再発行申請書（保護者用）

申請日	20　　年　　月　　日	
ふりがな		連絡先電話番号
保証人氏名	大学に登録している保証人の氏名を記入してください。 印	
ふりがな		学籍番号
学生氏名		
学生所属	学部	学科
申請理由	☑紛失のため　☐その他（　　）	

※ 申請書到着から再発行まで、最低７日間必要です（休日は含みません）。

※ 登録されている保証人と異なる場合は、再度申請いただくことになりますのであらかじめご了承ください。

※ 申請内容に基づきご登録いただいている住所に「SUMS-POパスワード通知書（保護者用）」をお送りします。

※ 本申請書にご記入いただいた氏名・連絡先・その他個人情報につきましては
通知書作成および通知書発送以外には使用いたしません。

※ 捺印がないものは受付できません。

＜本申請書の送付先＞

（保健衛生学部・医用工学部）
鈴鹿医療科学大学　千代崎キャンパス　教務課
〒510-0293　三重県鈴鹿市岸岡町1001番地1

（薬学部・看護学部）
鈴鹿医療科学大学　白子キャンパス　白子教務課
〒513-8670　三重県鈴鹿市南玉垣町3500番地3

※鈴鹿医療科学大学使用欄	
確認	発行
20　/　/	20　/　/