

研究科長印※	学部長印	学生部長印
	②	①
月 日	月 日	月 日

※院生が含まれる場合は研究科長の承認を経てください

## 団体結成・継続・変更願

年 月 日

新潟リハビリテーション大学学長 様

代表責任者 \_\_\_\_\_ 専攻 / 第 \_\_\_\_\_ 学年

氏名 \_\_\_\_\_

下記により、団体を結成（新規・変更・継続）しましたので、承認願います。

団体名称					
設立年	年				
趣旨及び目的					
顧問教員	_____ 専攻 職名 _____ 氏名 _____				
代表責任者	_____ 専攻 第 _____ 学年 学籍番号 _____ 氏名 _____				
代理者	_____ 専攻 第 _____ 学年 学籍番号 _____ 氏名 _____				
連絡担当者	_____ 専攻 第 _____ 学年 学籍番号 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____ (携帯・自宅・アパート)				
団体員数	名	会費	円 / 月	入会金	円
通常の活動場所					
年間の主たる行事及び参考事項					

