

The University of Texas Health Science Center at Houston

Office of the Registrar
 P.O.Box 20036 - UCT 2250
 Houston, TX 77225
 Phone: (713)500-3361 Fax: (713)500-3356

NAME CHANGE REQUEST

Instructions: PLEASE PRINT or TYPE and return to Office of the Registrar. List all names in full. The record of your name was originally taken from your application for admission and may be changed only if:

1. You have married, remarried, or divorced.
2. You have changed your name by court order.
3. Your legal name is listed incorrectly and satisfactory evidence exists for its correction.

I request that my legal name be changed and reflected on the Office of the Registrar records as listed below.

From (Name currently listed):

Last Name

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

First Name

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Middle Name

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Enter Student ID number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

To (New Name to be listed):

Last Name

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

First Name

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Middle Name

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I was last enrolled:

During the:

- Fall
 Spring
 Summer
 Medical Year
 Dental Year (DDS)

At:

- DB
 GSBS
 MED
 SHIS(formerly SAHS)
 SON
 SPH
 UTMDACC

To assure full documentation of your name change in your academic record, please fax this form with a notarized copy of a supporting document (birth certificate, marriage license, divorce decree, court order) or bring this form and the original supporting document to the Office of the Registrar at UCT 2250.

In School Year (YYYY - YYYY)

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | | - | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

Signature _____

