

# 鳥取大学医学部同窓会異動連絡用紙

同窓会FAX番号 0859-31-5117

E-mail dousoukt@smile.ocn.ne.jp

フリガナ		
氏名		
フリガナ		
旧姓名		
学科		<input type="checkbox"/> 医学科 <input type="checkbox"/> 生命科学科 <input type="checkbox"/> 保健・看護 <input type="checkbox"/> 保健・検査
会員の分類		<input type="checkbox"/> 本学卒 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 他大卒 <input type="checkbox"/> 元教官
卒業期・学生		( ) 期 ( ) 年卒 ・ 学年 ( ) 年□
専攻		
出身教室		
勤務先	〒	
	住所	
	勤務先名	
	職名	
	TEL	
	FAX	
	* 名簿への掲載	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 希望しない
現住所	〒	
	住所	
	TEL	
	FAX	
	* 名簿への掲載	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 希望しない
メールアドレス（名簿へは不掲載、連絡用にご記入下さい）		
郵便物送付先		<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先
米子同窓だよりの送付		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
同窓会名簿の送付		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
同窓会への連絡事項		

※□には、必ず ✓印を記入してご連絡ください

※手書きの場合は、楷書で正確にご記入下さい

※用紙は、HPからダウンロードできます