

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(右薄へは不掲載、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	
米子同窓会よりの送付	<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