

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"/> 希望しない
現住所	〒	
	住所	
	TEL	
	FAX	
	* 名簿への掲載	<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
同窓会名簿の送付について	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
米子同窓会だよりの送付について	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
同窓会への連絡事項		

※手書きの場合は、楷書で正確にご記入下さい。

※勤務先・現住所について名簿不掲載を希望される場合には、□に×印を付けてください。

※用紙は、HPからダウンロードできます。