

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。