

住所等変更届

東京慈恵会医科大学同窓会
(送付先FAX番号：03-3431-6971)

ご氏名・卒年を必ずご記入ください。

卒年： 昭和 ・ 平成 年

性別： 男 ・ 女

フリガナ

氏名：

フリガナ

旧氏名：

変更（予定）年月日

平成

年

月

日

新住所

〒 ー

電話：（ ） ー

FAX：（ ） ー

旧住所

〒 ー

電話：（ ） ー

FAX：（ ） ー

開業 ・ 勤務（該当する項目に○）

専門科名

勤務・開業先

勤務先・開業先名

電話：（ ） ー

FAX：（ ） ー

所属・役職

勤務・開業先住所(会員名簿には記載されませんが、本部で把握しておくため、ご記入願います。)

〒

掲載を希望されない項目がありましたら下記にご記入をお願いします。ただし現住所の掲載を希望されない場合、同窓会支部、あるいは卒年同窓会などからの通知が届かない事がありますのでご注意ください。

掲載を希望しない項目

- 氏名・卒年は掲載必須です。
- 同窓会本部では、個人情報規程に則り、原則として非掲載項目については、たとえ会員間であっても個人の情報を他人にお教えすることはありません。
- 勤務・開業先の住所は、会員名簿に掲載しませんが、本部で登録いたします。