



FAX 03-3485-4939



FAX送信方向

送信面をお間違えのないようご注意ください

FAX送信方向

東海大学医療技術短期大学同窓会

年 月 日

登録変更届

ご住所などの変更を希望される方は、このシートにご記入の上、FAXでお知らせください。

◎ご本人確認のため、ご記入をお願いします。

●氏名(必須)

	(旧姓)
--	------

●卒業学科(必須)

※卒業学科を○で囲んでください。

第一看護学科

第二看護学科

●卒業年度(必須)

※(例)2015年3月卒業の方は2014年度卒業です。

--

●同窓会会員番号

※総会の案内ハガキに印字されています。

--

●学籍番号

※お分かりになる範囲でご記入ください。

--

◎変更・訂正箇所がございましたら、ご記入をお願いします。

●氏名

変更前

変更後

●自宅住所

変更前 (〒)

変更後 (〒)

●自宅電話

※携帯電話の番号でも結構です

変更前

変更後

●メールアドレス

※携帯電話/パソコンどちらでも結構です。

変更前

変更後

◎ご意見などがございましたら、ご記入をお願いします。

--

会員情報は、個人情報保護法を遵守して、適正に保護・活用させていただきます。
同窓会活動と学園情報のご案内以外に使用することはありません。

東海大学医療技術短期大学同窓会

FAX 03-3485-4939

送信面をお間違えのないようご注意ください

《送信面はこちらです》

《送信面はこちらです》