

連絡先変更届

名前 _____

卒業年 昭和・平成 _____ 年（ _____ 期）

_____ 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

* 優先的に連絡する方の【 】に ○印をつけてください

名簿への記載を希望しない場合、()内に×印をつけてください。FaxとE-mailは、事務記録用で名簿には記載されません。

項目	現在		変更後
勤務先【 】*	名称()		
	住所()	〒 _____	〒 _____
	電話()		
	FAX		
	E-mail		
自宅【 】*	住所()	〒 _____	〒 _____
	電話()		
	FAX		
	E-mail		
メモ			

上記個人情報は、同窓会事務局で厳重に管理します。

変更届は、メールに添付し alumni-med@sapmed.ac.jp に送るか、札幌医大同窓会事務局宛に郵送してください。