**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。