

愛知医療学院同窓会 会員変更届

会員の方におかれまして連絡先の変更がある場合は、同窓会事務局に速やかにご連絡くださいますよう、お願い申し上げます。変更はこの用紙にて、郵便もしくは FAX にて受け付けております。(注)研修会案内返信ハガキでの変更は受け付けておりません。

・変更内容に該当する箇所には○をつけてください。

①姓名 ②勤務先 ③自宅 ④会報誌の送付先

・下記に必要事項をご記入ください(太枠内は必ずご記入ください)。

変更日：平成 年 月 日

氏名：	卒業学科：(○で囲ってください) 理学療法学科・作業療法学科	
卒業年度・卒業期：	昭和・平成 年度卒業 (第 期卒業)	
①姓名	フリガナ	フリガナ
	新姓名：	旧姓名：
②勤務先	新勤務先名：	
	新住所：〒	
	tel：	fax：
	旧勤務先名：	
③自宅 (*会報誌送付先を自宅へ変更される方は必ずご記入をお願いします)	新住所：〒	旧住所：〒
	tel：	
④会報誌の送付先	勤務先 ・ 自宅 (○で囲ってください)	
その他	～付記事項がありましたらお書き下さい～	