

第2号書式(A)

- ①あなたの所属している都道府県校友会及び校友会本部の両方に必ずお出し下さい。
- ②変更事項・訂正箇所を明記の上、すべてお書き下さい。
- ③記入の際は、楷書、算用数字でお書き下さい。

FAX用

(校友会本部03-3264-8745)

変 更 届

会員No. _____

フリガナ			卒 回	
氏 名	(旧姓)			
所属都道府県		(新) 所属都道府県		
変 更 箇 所 ○をつけて下さい	診療所住所 (勤務先 ・ 開業先) ・ 自宅住所 ・ 姓名 ・ 電話番号 その他 ()			
診 療 所 住 所	〒 (—)			
	電話番号	F A X 番 号		
	E-mail :			
自 宅 住 所	〒 (—)			
	電話番号	F A X 番 号		
	E-mail :			