

送付先:FAX:048-658-0005

住所等変更届

呉竹医療専門学校呉竹会 事務局 行

貴会への登録内容を変更しましたので、以下のとおりお知らせします。

1. 基本事項記入欄

| | | | | | | |
|------------------------------|--------|--|--|------|------|--|
| 届出日 | 年 月 日 | | | | | |
| フリガナ | | | | 旧姓カナ | | |
| 氏名 | | | | 旧姓 | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | | 性別 | | |
| 呉竹会会員登録番号 (呉竹会会員証をご覧ください) | | | | | | |
| 卒業学科および卒業年 | | | | 科 | 年3月卒 | |

2. 変更事項記入欄

| | |
|---------|---|
| 現住所 | 〒 |
| 固定電話番号 | |
| 携帯番号 | |
| メールアドレス | |

3. その他記入欄

| | | |
|----------------|--|-----|
| 本会資料の送付について | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | |
| 会員ご本人がご逝去された場合 | | |
| 会員氏名 | 通知者(続柄) | () |
| ご逝去された日 | 西暦・平成 年 月 日 | |