

※住所変更があればこの用紙を使ってお届け下さい。（市町村合併等による表記変更もお願いします）

## 住所、氏名等登録事項変更届

年 月 日  
東京歯科大学同窓会長 殿

本人氏名 \_\_\_\_\_ ( 年 月卒業)

住所、氏名等登録事項の変更について次の通り届出いたします。

### 1. 氏名変更した場合

ふりがな			
新 氏 名		旧氏名	

### 2. 居住地が変更した場合

電話番号は、「携帯電話番号」でも可

新 住 所	〒 -	TEL	FAX
旧 住 所	〒 -	TEL	FAX

### 3. 就業地が変更した場合

主たる場所を記載してください

新 住 所	医療機関名 (勤務先名)		開業医 ・ 勤務医
	〒 -	TEL	FAX
旧 住 所	医療機関名 (勤務先名)		開業医 ・ 勤務医
	〒 -	TEL	FAX

### 4. 郵便物等の送付先の変更

	居住地 ・ 就業地
--	-----------

### 5. 所属支部の変更

新支部名		旧支部名	
	支部加入年月日	年 月 日	より

### 6. その他

連絡事項	
------	--

同窓会本部事務局宛にFAXにて届出願います。 FAX 03-3264-4859