

※住所変更があればこの用紙を使ってお届けください。（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

令和 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)		<input type="checkbox"/>	開業医
			<input type="checkbox"/>	勤務医
	〒 -	TEL	FAX	
旧 住 所	医療機関名 (勤務先名)		<input type="checkbox"/>	開業医
			<input type="checkbox"/>	勤務医
	〒 -	TEL	FAX	

4. 郵便物等の送付先の変更

送 付 先	<input type="checkbox"/>	居住地	<input type="checkbox"/>	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(03-3264-4859)もしくは郵便、メールにて届出願います。