

住所等変更届

注意:記載のない空欄項目に関しては訂正しません。
名簿へ掲載を希望しない項目がある場合は、
その項目の右欄に○をつけてください。

フリガナ (必須)			/
名前 (必須)			/
旧姓			
卒業学科 (必須)		歯学科 ・ 口腔生命福祉学科	/
卒業期と卒業年 (必須)		期生 (西暦 年卒)	/
出身都道府県			
出身高校			
自宅	〒		
	住所		
	Tel/Fax	/	
	E-mail		
勤務先	名称		
	〒		
	住所		
	Tel/Fax	/	
	E-mail		
いずれかに○を付けてください。		開業 ・ 勤務 ・ 大学院生 ・ その他	

同窓会からの郵送物は？	自宅へ送付を希望する ・ 勤務先へ送付を希望する
名簿非掲載希望項目がある場合、その理由をお書きください。 また、連絡事項がある場合も、こちらにお書きください。	

【新潟大学歯学部同窓会事務局 連絡先】
〒951-8514 新潟県新潟市中央区学校町通 2-5274
TEL&FAX:025-229-4166 E-mail:office@al-dent-niigata-u.jp