

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。
 名簿への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 (昭和 ・ 平成 年卒)	
出身都道府県			
出身高校			
自宅	〒		
	住所		
	TEL		
	FAX		
勤務先	名称		
	〒		
	住所		
	TEL	(内線)	
	FAX		
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？	自宅への送付を希望する ・ 勤務先への送付を希望する
-------------	----------------------------

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 025-229-4166 FAX 025-229-4166
 E-mail alumni@dent.niigata-u.ac.jp