登録事項に変更があった場合、本票にてご連絡ください。

E-mailへ添付(画像、pdf、エクセル等ファイル）して送信、 又は 郵送 でお願い致します。 E-mail：alumni-hk@hamai-kango.jp

郵送の場合：〒431-3192　浜松市中央半田山一丁目20番1号

浜松医科大学看護学同窓会　事務局　宛

異　動　連　絡　票 年　　　月　　　日

**看 護 学 科** 第　　 期生（　　　　　年　　月 卒業 ）□ [３年次編入]

**助産学専攻科** 第　　　　 期生（　　　　　年　　月 修了 ）

　　　　 "本学卒業生である場合"（　　　　　年　　月 卒業・修了 ）

**大 学 院** 第　　　　 期生（　　　　　年　　月 修了 ）

"本学卒業生である場合"（　　　　　年　　月 卒業・修了 ）

★必須項目

★ふりがな

★氏 名

（旧姓・旧名）

No.1 ★現住所 〒

No.2 TEL

No.3 メールアドレス

No.4 勤務先名称

No.5 勤務先住所 〒

No.6 TEL

No.7 メールアドレス

---現住所に連絡がつかない場合の連絡先---

No.8 住所 〒

No.9 TEL

No.10メールアドレス