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

年　月　日

異動連絡票

※該当する箇所に☑

看 護 学 科	第　　期生　（　　年　　月 卒業 ）　□　[３年次編入]
大 学 院	第　　期生　（　　年　　月 修了 ） 本学卒業生でである場合 □看護学科　の卒業生（　　年　　月 卒業 ） □助産専攻科 の修了生（　　年　　月 卒業 ）

★必須項目

No.		
	★ふりがな	
	★氏　　名 （旧姓・旧名）	
1	★ 現住所	〒
2	TEL	
3	メールアドレス	
4	勤務先名称	
5	勤務先住所	〒
6	TEL	
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　※同窓会誌を年1回郵送しております。		
8	住所	〒
9	TEL	
備考		