FAX 095-819-7378

長崎大学脳神経外科

同門会会員データ変更届

下記の通り変更致しましたのでご連絡いたします。

申請年月日	年　　月　　日
勤務先施設名 住所 TEL FAX	 〒 （　　）　　－ （　　）　　－
会員名 メールアドレス	印
変更内容	□自宅住所　□勤務先 □メールアドレス　□その他
備考	

ご記入ご捺印の上、同門会事務局宛　ＦＡＸでお送りください（FAX 095-819-7378）