

FAX 095-819-7378

長崎大学脳神経外科
同門会会員データ利用申込書

下記資料を請求します。個人情報保護法に則りデータの管理は責任を持って行います。
下記の使途以外には使用いたしません。

※申込者は同門会会員名としてください。

申込年月日	年 月 日
勤務先施設名 住所	〒
TEL	() -
FAX	() -
申込者 メールアドレス	印
資料の使途	
資料の内容	<input type="checkbox"/> 住所録 <input type="checkbox"/> 勤務先名簿
送付方法	<input type="checkbox"/> データ (メール添付) <input type="checkbox"/> 紙媒体 (郵送) 個人情報の為 FAX でのお渡しはいたしませんのでご了承ください。
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)