

**送付先:FAX:048-658-0005**

## 住所等変更届

大宮呉竹医療専門学校呉竹会 事務局 行

貴会への登録内容を変更しましたので、以下のとおりお知らせします。

### 1. 基本事項記入欄

届出日	年 月 日					
フリガナ				旧姓カナ		
氏名				旧姓		
生年月日	年 月 日生			性別		
呉竹会会員登録番号 (呉竹会会員証をご覧ください)						
卒業学科および卒業年				科	年3月卒	

### 2. 変更事項記入欄

現住所	〒
固定電話番号	
携帯番号	
メールアドレス	

### 3. その他記入欄

本会資料の送付について	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
会員ご本人がご逝去された場合		
会員氏名	通知者(続柄)	( )
ご逝去された日	西暦・平成	年 月 日