

福山医療同窓会 入会名簿

年 月 日 現在

卒業年月日		学部	<input type="checkbox"/> 昼間部	学科	<input type="checkbox"/> 理学療法学科
12 回 生			<input type="checkbox"/> 夜間部		<input type="checkbox"/> 作業療法学科
学籍番号					性別
フリガナ					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名					
生年月日	年	月	日	(満 歳)	

* 西暦で記入のこと

事務局確認印
名簿追加済
会費納入済

住所	現住所	〒
	電話番号	
	FAX番号	
	携帯電話	
	E-mail	
	帰省先	〒
	電話番号	

* 現住所及び帰省先住所、電話番号、E-mailについては公表しない

勤務先	病院・施設名称		<input checked="" type="checkbox"/> 欄
	所属部・科		<input type="checkbox"/>
	住所	〒	<input type="checkbox"/>
	電話番号		<input type="checkbox"/>
	FAX番号		<input type="checkbox"/>

《 記入にあたっての注意事項 》

- ・太枠内は必ずご記入ください。
- ・勤務先の各項目につきましては、同窓会名簿への開示記載に不都合な項目については□のマークに濃く☑をしてください。

《 個人情報取り扱いに関する同意 》

福山医療同窓会における個人情報保護方針に基づく規定(別紙参照)に同意し、かつ同窓会で定められた範囲内において登録された個人情報の提供及び利用について同意します。

氏名