

(様式 7)

平成 年 月 日

会員異動届

九州歯科大学同窓会長 様

私儀、平成 年 月より下記住所に移転いたします。

よって 都道
府県同窓会へ異動、入会致したく、
入会手続きその他、ご高配の程宜しくお願いいたします。

都道 卒業期 期

府県 同窓会員氏名

届出日 平成 年 月 日

移転先 住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
勤務先 住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

都道

府県 同窓会

会長

(印)