

(様式 8)

平成 年 月 日

会員異動報告

都 道

府 県 同窓会長 様

九州歯科大学同窓会長

都 道

このたび、
府 県同窓会員 氏
(卒業期 期) が平成 年 月付けで下記住所に移転することになり、貴同窓会に入会希望されていますので入会手続きその他、ご高配の程宜しくお願いいたします。

現住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
勤務先住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			