

名市大医学部同窓会(瑞友会)入会申込書

年 月 日

フリガナ

氏 名

生年月日(西暦)

〒

自 宅 住 所

自宅電話番号

自宅FAX番号

在 籍

医局または

研 究 室

卒業大学名称

大学

学部

大学卒業年 (西暦)

(昭和)

(平成)

現勤務先名称

〒

現勤務先住所

勤務先電話番号

勤務先FAX番号

郵便送付先

メールアドレス

75歳以上の方の会費支払いは任意です。

※なお名簿発行の際には、記載事項の掲載について再確認させていただきます。