

北海道千歳リハビリテーション学院 学友同窓会

入会届 ・ 異動届

どちらか該当する方に○をしてください

ふりがな ----- 氏名		PT . OT 昼 ・ 夜 期生	
住所 〒			
TEL		FAX	
E-mail			
勤務先	勤務先名		
	住所		
	TEL		FAX
	E-mail		

- ・勉強会案内等で利用できる(携帯でも構いません)メールアドレスを大きく・丁寧に記載して下さい
→ アドレス内のーや_などをわかりやすく記入して下さい
- ・氏名は必ず記入してください。(氏名が変更となった場合は、旧氏名もお書きください)
- ・異動の場合は該当する項目のみ記入ください

個人情報保護に関する承諾欄

※入会時のみ記載してください

別紙記載の「学友同窓会個人情報保護の取り扱い方針」を承諾し、当会に入会します。

本人署名

連絡先
(送付)

郵 送 〒066-0055 千歳市里美2丁目10番地

北海道千歳リハビリテーション学院 学友同窓会 事務局 宛

F A X 0123-28-5335

E-mail gakuyu-dousou.since1999@chitose-reha.ac.jp