金沢大学医学部十全同窓会

入会申込書

下記の項目をご記入の上、FAX または郵便によりお知らせ願います。

卒業大学名称	大学　　学部
学部卒業・大学院修了年月	年　　月卒業　・　　年　　月修了

現在の状況をお知らせください。

ふりがな 氏　　名 （旧　姓）	（西暦）　　年　　月　　日生　　男・女
専門または 関連研究分野 （旧講座）	
勤務先（診療科） 役　　職	
勤務先住所 連　絡　先	〒　　－ TEL　　－　　－　　FAX　　－　　－
自宅住所 連　絡　先	〒　　－ TEL　　－　　－　　FAX　　－　　－
メールアドレス	
郵便物送付先	自　宅　・　勤務先　（いづれかに○をおつけください）
通　信　欄	

金沢大学医学部十全同窓会

〒920－8640 金沢市宝町 13－1

TEL：076－265－2132　FAX：076－234－4208

E-mail：juzen@med.kanazawa-u.ac.jp