

【変更届】 京都大学医学部耳鼻咽喉科学教室同窓会

ふりがな	
氏名	
入局年	昭和・平成 年

※下記は変更箇所のみご記入下さい。

勤務先 / 開業先	勤務先/開業先名	
	住所	〒
	電話番号	
	FAX番号	
Email		
自宅	住所	〒
	電話番号	
	FAX番号	
Email		

事務局使用欄	受理年月日：
--------	--------