平成　　年　　月　　日

異 動 連 絡 票

会員番号	※

卒 業 年	昭和 平成　　回	出身大学	本学･他学（　　）
		所属教室	
フリガナ		性　別	該当するものに○をお付けください。
氏　　名 （旧姓･旧名）		男　　女	開業医　　勤務医 産業医　　研修医 その他 （　　）
生年月日	明 大 昭 平　　年　　月　　日（　　歳）		
現 住 所 （自宅）	〒　　－ TEL：（　　）　　－　　FAX：（　　）　　－		
勤務先　名　称			
勤務先　職　名			
勤務先　所在地	〒　　－ TEL：（　　）　　－　　FAX：（　　）　　－		
Eメールアドレス			
会報等送付先	自　宅　　勤務先　　（○をお付けください）		
連 絡 事 項 及び メッセージ			

※お願い　名簿発刊時に記載不可の項目は○で囲んでください。

〒390-8621　長野県松本市旭３－１－１
一般社団法人信州大学医学部松医会
TEL：0263-37-3001　FAX：0263-39-0240
E-Mail：shouikai@shinshu-u.ac.jp