

埼玉医科大学 保健医療学部 同窓会連絡票

記入日:平成 年 月 日

卒業年	年卒(期生)	学籍番号	男・女
フリガナ		旧姓名	
氏名			
現住所	〒		
	TEL	FAX	
	E-mail		
勤務先	名称		
	所属		
	役職		
	所在地 〒		
	TEL	FAX	
	E-mail		
留学	有 ・ 無	留学先	
修士(名称)			
博士(名称)			
その他連絡事項			

同窓会や大学に関する各種の情報をお届けするため、この同窓会連絡票をもとに同窓会名簿を作成・保管いたします。(各個人への名簿送付はいたしません)
 なお、ご提出いただいた個人情報は同窓会名簿の作成のためにのみ使用し、個人情報保護に関する大学規程に基づき厳重に管理いたします。

※なお、埼玉医科大学Institutional Research (IR)委員会では、両学部の卒業生に関する各種の統計資料を活用し、医学・医療人教育の発展に資する試みを行っています。ご提供いただいた情報もその一助とさせていただきますので、よろしく願いいたします。