

# 北陸大学 薬友会 住所変更届 (FAX 専用)

**FAX送信先：076-243-4515**

(住所変更 FAX 受信委託先：ヨシダ印刷株式会社 (担当:山中) TEL:076-241-2145)

※FAX 送信時は、番号を間違えないようご注意ください。

※丁寧に記入をお願い致します。

※学籍番号や卒業年度などが不明の場合、作業に時間がかかりますので、ご協力をお願い致します。

※記入いただいた内容によっては、確認のためご連絡を差し上げる場合がありますので、

電話番号・メールアドレスのご記入もお願い致します。

※記入いただいた個人情報の取り扱い等については、薬友会ホームページをご参照ください。

記入日： 年 月 日

ふりがな

ふりがな

氏名： (旧姓)

旧住所：(〒 - )

(都道府県より記入願います。ビル・マンション等の場合は部屋番号まで記入願います。)

新住所：(〒 - )

(都道府県より記入願います。ビル・マンション等の場合は部屋番号まで記入願います。)

電話番号： - - (変更のない場合でも記入願います。)

メールアドレス： (変更のない場合でも記入願います。)

卒業年度： 昭和・平成 年度 (西暦 年度)

学籍番号： 学 科： 薬学部 学科

薬友会に対するご意見：

薬友会でして欲しい事：