

専門学校 日本聴能言語福祉学院 若宮 ST 同窓会 登録事項変更届出書

申込日 年 月 日

※本部で記入します。	
卒業生番号	L ・ H ー
卒業年度	昭和・平成 年度
学 科	聴能言語学科・補聴言語学科
ふりがな	
氏 名	(旧 姓)
自宅住所 〒 ー	※マンション名、部屋番号も記入
	都 道 府 県
電話番号 () ー	
勤務先 〒 ー	
	都 道 府 県
施設名	所 属
電話番号 () ー	
同窓会名簿への掲載について(掲載不可のものを○で囲んでください)	
自 宅： 住 所 ・ 電話番号	
勤務先： 施設名 ・ 所在地 ・ 電話番号	
同窓会関連案内送付先(自宅以外を希望する場合は記載してください)	