**同窓生に自院を譲りたいとお考えの場合**

下記に必要事項をご記入のうえ、fax （**047-362-7272**） またはメール (**mascat.douso@nihon-u.ac.jp**) にて同窓会事務局 宛てご連絡下さい。

会員番号もしくは卒期

お名前

メールアドレス

医療機関名

医療機関の所在地

〒

医療機関（連絡先）の電話番号

ホームページの有無

□ 有 （URL ） □ 無

募集の目安

□　至急　 　□　半年以内          □　1年以内          □　数年以内

ひと言 (備考)

会誌とHPには上記項目が掲載されます (但し、ひと言欄の掲載については広報委員会にご一任願います)。