

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)。