

# 若桐会発送停止希望フォーム

FAX: 048-423-0394 (若桐会事務局直通)

必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてお送り下さい。

\*   は必須項目です

記入日：西暦                      年            月            日

*フリガナ			
*お名前	姓	名	
*フリガナ			
*卒業時氏名(姓)		*性別	男 ・ 女
*住所	郵便番号	〒            —	
	都道府県		
	市区町村丁目番地		
	建物名/部屋番号		
電話番号		—            —	
携帯電話番号		—            —	
実家 住所	郵便番号	〒            —	
	都道府県		
	市区町村丁目番地		
	建物名/部屋番号		
メールアドレス			
生年月日		西暦 ・ 昭和 ・ 平成                      年            月            日	
*卒業学科 (該当するものを○で囲んで下さい)		国語国文 ・ 英語英文 ・ 家政生活 ・ 食物栄養 ・ 幼児教育 ・ 初等教育 教養 ・ 社会情報 ・ コミュニケーション ・ 人間福祉 ・ 人間発達心理 ・ 児童教育 表現文化 ・ 生活情報 ・ メディアコミュニケーション ・ 食品開発 ・ 情報デザイン	
学籍番号			
卒業年		西暦 ・ 昭和 ・ 平成                      年	卒業期生    第            期生
現在勤務先			

発送停止についてご記入下さい。

*発送停止	<input type="checkbox"/> 発送停止を希望します (□にチェックを入れて下さい)
*発送停止希望理由	不要 ・ 海外居住 ・ 物故 ・ その他(                      )
その他 (何かございましたらご記入下さい)	

ご記入いただきました情報は十文字学園同窓会「若桐会」の活動にのみ使用させていただきます。