

東京多治見北高校同窓会入会申込書

申込日 年 月 日

(ふりがな)		
氏名	必須	
住所	〒	
	TEL	
	e-mail	
卒業	西暦	年卒 必須
高校部活動		
出身中学校		
勤務先 学校等	勤務先・ 学校名等	
	職業・ 役職名等	
家族会員	*同居のご家族に既に会員がおみえになる場合にご記入下さい。	
ご紹介者	*あなたをご紹介して頂いた方がある場合にご記入下さい。	
コメント	*近況、ご質問等、ご自由にお書きください。	

※ご記入頂いた個人情報は、多治見北高校同窓会の活動以外の目的には利用いたしません。

お問い合わせ及び入会申込書送付先（本書を郵送又はFAXで下記までお送り下さい。）

〒123-0841 東京都足立区西新井5-13-4 鈴木清二方

岐阜県立多治見北高等学校同窓会東京支部

FAX 03 - 3869 - 7683

