

九州歯科大学 後援会 事務局行
FAX:093-581-7508

登録内容変更届

提出日：(西暦) 年 月 日

登録内容の変更があった場合に提出ください。

会員(保護者)名	ふりがな	
在学科に○をつけてください	歯学科 ・ 口腔保健学科 ・ 歯学研究科(博士課程・修士課程)	
ご子弟名 (学生)	ふりがな	学年

変更項目に○をつけて、その項目のみに記載ください。

1. 新住所	〒	
	県	市
2. 電話番号		
3. 会員氏名	ふりがな	

■ 個人情報に関する取扱いについて

1. 利用目的について
会員および会員子弟に対する福祉共済、会員子弟の学生生活、活動の援助、支援等後援会の運営のために利用いたします。
2. 第三者提供について
個人情報は、①ご本人の同意がある場合 ②法令に基づき司法機関、行政機関等から法的義務を伴う要請に基づく場合を除き、取得した個人情報を利用目的の範囲を超えて第三者へ提供致しません。
3. 業務委託について
会報などの発送のため、協力会社に委託する場合は、取得した個人情報の全部または一部を利用目的の範囲内で提供いたします。
4. お問い合わせについて
個人情報に関する開示等のお問合せについては後援会事務局 093-581-7508 まで

九州歯科大学後援会 事務局 ： 電話／FAX 093-581-7508

✉ k-kouenkai@wing.ocn.ne.jp