（様式５C）

　　　　　　　　　会 員 名 簿 提 供 依 頼（クラス会等）

令和　　年　　月　　日

新潟大学医学部学士会（有壬会）

会長殿

クラス会等名：

連絡員氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先：

　　　　　　　電話：　　　　　　　FAX：

　　　　　　　E-mail：

　　　　　　クラス会の名簿を下記目的で利用したく、提供をお願い申し上げます。提供される名簿については、利用目的外に使用せず、学士会個人情報保護規程の趣旨に基づき個人情報の保護に努めます。

記

１、提供願い目的（具体的に）

２、送付先

３、提供希望 期日・部数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付担当者 |  | 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 送付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 備考 |  |