

(様式1)

会員死亡届及び死亡弔慰金申請書

所 属	歯科衛生士会		
会 員 番 号		氏 名	(年齢)
死亡年月日	令和 年 月 日		
死 因			
会 員 歴	入会年 西暦 年 (年間)		
ご 遺 族 (住所・氏名)	〒 TEL : (会員との続柄)		
送 付 先	〒 TEL :		
備 考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属会名

会長氏名

職印

公益社団法人 日本歯科衛生士会会長 殿