

(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

職印

会長氏名

公益社団法人 日本歯科衛生士会会长 殿