

(様式-1)

会員死亡届及び死亡弔慰金申請書

所属会	歯科衛生士会		
会員番号		氏名	(年齢)
死亡年月日	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 日本歯科衛生士会長 様