

(様式2)

災 害 見 舞 金 申 請 書

所 属	歯科衛生士会		
会 員 番 号		氏 名	
被害の種類	イ 床上浸水 ロ 家屋全・半壊（全・半焼）		
被害年月日	令和 年 月 日		
預金口座 振込先	銀行 普通・当座預金 名義	支店 口座番号 (本人名義に限ります)	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

公益社団法人日本歯科衛生士会長 様

上記、申請書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