

(様式2)

死亡弔慰金申請書

年 月 日			
公益社団法人島根県看護協会長 様			
※1 申請者氏名 ㊟			
住 所			
連 絡 先			
会員氏名	(歳)		
勤務先 (施設会員のみ)			
死亡年月日	年 月 日	死亡理由	病死 事故死 その他

※1 申請者は、相続人の代表の方に記名・押印をお願いします。

施設代表者 又は支部長 の証明	上記のとおり証明します。		
	年 月 日		
	※2 役職名 氏 名 ㊟		

※2 役職名は、施設での役職名又は〇〇支部長と記載してください。