|  |
| --- |
| 会　員　死　亡　報　告　書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　福岡県看護連盟　　会長　塚﨑　惠子　様　支部　　　支部長　　　　　　　　　印　※（または）　　　　　　　　　　　　　　　施設会員代表者　　　　　　　　　印　　　　　　下記の会員が死亡しましたので、お知らせいたします。 |
| 　　氏　名 |  | 会員№ |  |
| 　　現住所 | 〒 |
| 　　勤務先 | 〒 |
| 　　死亡年月日 | 　年　月　日 | 理　由 |  |
|  備　考 | 喪主　氏名：　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）　　　住所：〒式場　住所：〒　　　式場名：　　　　　　　電話番号　　　（　　　）葬儀の形式：（仏式・神式・キリスト教式・その他）　　　　　　　いずれかに○印をつけてください。 |

※支部長に代わって連絡する場合は、施設会員代表者でもよい。（押印が必要）