|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　 月　　日 | | | |
| 公益社団法人愛知県臨床検査技師会  訃報連絡用紙 | | | | | | | | | | | | |
| 送信者所属 | | | | |  | | 地区： | | | | | |
| 送信者氏名 | | | | |  | | | 連絡先（℡　 　-　 　-　 　） | | | | |
| 会員施設所属 | | | | |  | | | | | | | |
| ふりがな | | | | |  | 会員　番号 | | | |  | | |
| 会員氏名 | | | | |  |
| ふりがな | | | | |  | 会員との続柄 | | | |  | | |
| 死亡者(年齢) | | | | | （　　歳） |
| 会員本人あるいは会員の親族（血族１親等および同居姻族１親等） | | | | | | | | | | | | |
| 死亡日時 | | | | 令和　　年　　月　　日（　 ） 午前・後　　時　　分 | | | | | | | | |
| **喪　　　　主** | | | |  | | | | 会員との続柄 | | |  | |
| 通　　夜 | | 日時 | | 令和　　年　　月　　日（ 　） 午前・後　　時　　分～ | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | |
| 住所  名称 | | （℡　 　-　 　-　 　） | | | | | | | | |
|  | | 交通の便　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 方法 | | 仏式・神式・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 告　別　式 | 日時 | | 令和　　年　　月　　日（ 　） 午前・後　　時　　分～ | | | | | | | | | |
| 住所  名称 | | （℡　　 -　 　-　　 ） | | | | | | | | | |
| 方法 | | 仏式・神式・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| **＊　弔電の金額：** | | | | 円（各自で送付した場合記入、領収書を添付してください） | | | | | | | |

**公益社団法人愛知県臨床検査技師会　事務所　　Mail：aamt@aichi-amt.or.jp**

**電話：052-581-1013 FAX：052-586-5680**