|  |
| --- |
| 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**