|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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・告別式 | 通夜日時 | 令和　　年　　月　　日（ 　） 午前・後　　時　　分～ | | | | | | |
| 告別式  日時 | 令和　　年　　月　　日（ 　） 午前・後　　時　　分～ | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　（℡　 　-　 　-　 　） | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 最寄り駅等　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 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**