

病 気 見 舞 金 申 請 書

フリガナ 会員氏名	会員番号						
	生年月日	年	月	日	(歳)	
現住所 電話番号	〒	—	Tel ()				—
勤務先							
入院加療期間	年	月	日	～	年	月	日
発病年月日	年	月	日	傷病名			
治癒年月日	年	月	日				
病気見舞金 振込口座	銀行		支店				
	普通預金	口座番号					
	口座名義	フリガナ					
	口座名義						
支部長又は施設 代表者の証明	上記のとおり証明します。 年 月 日 証明者 役職名 氏 名						
摘 要							
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者(本人)氏名 _____ 広島県看護連盟 会長 様							

※会務による傷害の場合は、その旨を摘要欄に記載してください。