|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）