

会 員 死 亡 報 告 書

年 月 日

福岡県看護連盟

会長 塚崎 恵子 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No.	
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)