

慶弔事項申請書

年 月 日

徳島県臨床検査技師会会長殿

会員氏名 _____

会員番号 _____

施設名（勤務先） _____

結婚	年 月 日 時	会場（式場）
	所在地 〒	TEL
死亡	年 月 日 時	告別式会場（自宅）
	所在地 〒	TEL
	喪主名	
	続柄 父 母 義父 義母 子 夫 妻 その他（ ）	
見舞い	入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日	
その他 （災害時）		

上記の事項が発生しましたので報告します。

連絡先：徳臨技理事（慶弔担当） 村澤 恵美 宛

勤務先 徳島赤十字病院 検査部

〒773-8502 小松島市小松島町字井利ノ口 103 番地

TEL (0885) 32-2555 内線 (3231) ・ FAX (0885) 33-3575

* FAX 送信前に電話連絡をお願いします。

発信者（送信元）：徳島県臨床検査技師会

FAX 送信責任者名（ _____ ）・施設名（ _____ ）