

慶弔事項報告書

平成 年 月 日

公益社団法人 石川県診療放射線技師会

会長 殿

ふりがな

氏名 (旧性) 会員番号

住所 〒 TEL

勤務先 TEL

適用事項の種類

結婚	平成 年 月 日 披露宴開演 時 分	会場
	会場所在地 TEL ()	
備考		
死亡	会員との続柄(本人・・) 死亡: 平成 年 月 日 通夜: 月 日 時 葬儀: 月 日 時	会場:
	会場所在地 〒 TEL	
備考	弔電宛先 喪主()※会員以外が喪主の場合	

上記の事項が発生しましたので報告します。

施設連絡責任者または氏名

祝電	弔慰金	弔花	弔電	その他	計	備考
		¥	¥		¥	

勤務先 TEL

以下は記入しないでください

責任者

印