

## 負傷疾病連絡票

	※決定額	円	
教 職 者 氏 名		教 会 名	
負 傷 疾 病 名		続 柄	
入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
見舞金 振込先金融機関	銀行・郵便局名／ <span style="float: right;">銀行・郵便局</span> 支店番号 支店名 <span style="float: right;">支店</span> 普通預金 口座番号 口座名義人		
上記のとおりお知らせいたします。  <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">                     年 月 日                      奉仕局長 殿                 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">                     住所                 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">                     氏名 <span style="float: right;">印</span> </div>			

(注) (1) ※印欄は記入しないで下さい。

(2) 用紙の大きさはB5にして下さい。