

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／ 銀行・郵便局 支店番号 支店名 支店 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;"> 年 月 日 奉仕局長 殿 住所 氏名 </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。