様式第２号

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。  　　　　　　年　　月　　日  　　奉仕局長　殿  　　　　　　　　　　　 　　住所    　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

（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。