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。