

弔電申請書

公益社団法人 茨城県作業療法士会
 会長 大場 耕一 殿

申請内容	申請日	年 月 日
	申請者氏名	
	連絡先電話番号	
	連絡先メールアドレス	

以下の通り弔電発信を申請いたします。

ふりがな	
故人氏名	
故人と関係のある 会員氏名	
続柄	
所属	
会員番号	

お届け先情報	斎場名	
	斎場住所	〒 -
	斎場電話番号	() -
	ふりがな 喪主氏名	(続柄)
	通夜日時	年 月 日 時 分
	告別式日時	年 月 日 時 分
*その他の連絡事項		

※注意事項

- ・正会員のご逝去に際しまして、弔電、生花、および香典（当該年度の年会費）をお送りいたします。
- ・休会中の方は対象外となります。
- ・上記枠内に必要事項を記入し、Eメール、FAX または郵送でお申し込みください。
- ・Eメール送信で申し込みの際は、本用紙の形式や文面を削除・訂正しないようご注意ください。
- ・弔電申込み手続き完了後、申請者様へご連絡いたします。
- ・個人情報ですので、お問い合わせ先をお間違えないようご注意ください。
- ・本申請書より得た情報は、電報送信の目的以外には使用いたしません。

[本会確認欄] 依頼完了日： 年 月 日