

(様式3)

入院見舞金申請書

所属	歯科衛生士会		会員歴	年
会員番号		氏名	(年齢 歳)	
傷病名				
初診年月日	令和 年 月 日			
入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ( 日間)			
病院又は診療所の名称及び所在地	〒 TEL :			
預金口座振込先	銀行 支店 普通・当座 預金 口座番号 名義 (本人名義に限ります)			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

公益社団法人日本歯科衛生士会会長 殿

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属会名

会長氏名

職印