

罹 災 届

公益社団法人 埼玉県看護協会長 様

下記により、罹災証明書を添付し提出します。

1. 罹災者氏名 _____

埼玉県看護協会会員番号 (_____)

2. 自宅住所 〒 _____

3. 勤務先 _____

4. 罹災年月日 _____

5. 罹災理由 (記号に○をつける。その他は記入)

ア. 地震 イ. 水害 ウ. 火災 エ. その他 (_____)

令和 年 月 日

氏名 _____

見舞金の送付先が上記 2. の自宅住所と異なる場合

〒 _____

電話番号 _____