

(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 | 〒<br><br>Tel ( )                        |     |        |   |
| 預金口座<br>振込先     | 銀行 支店<br>普通・当座預金 口座番号<br>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-----<sup>®</sup>-----

公益社団法人日本歯科衛生士会長 様

上記、申請書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

