

平成 年 月 日

東京歯科大学同窓会会長 殿

_____支部

氏名_____

会 員 死 亡 報 告 に つ い て

次のとおり報告いたします。

死亡	住 所	(〒 -)
	氏名(生年月日)	(年 月 日生)
会員	病 名	
	死 亡 年 月 日	
連 絡 事 項		

事情により病名、死亡日の不掲載も可