

(様式第6)

年 月 日

東京歯科大学同窓会長 殿

支部

支部長名 印

会 員 死 亡 報 告

次のとおり報告いたします。

死亡会員	ふりがな		卒業年次		
	氏名		年 月 卒		
	住所	〒 - TEL FAX			
	死亡年月日	年 月 日 死亡 (歳)			
	病名				
	備考				
	弔慰金等受領者	ふりがな			
氏名			会員との続柄		
連絡先		〒 - TEL FAX			
備考					
支部長の連絡事項	ご葬儀に同窓会会長名の供花を 出した。 ・ 出していない。 ※どちらか○を付けて下さい				