

(様式第6)

年 月 日

東京歯科大学同窓会長 殿

支部

支部長名

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 <input type="checkbox"/> 出した。 ・ <input type="checkbox"/> 出していない。 ※どちらか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください				