

会長	副会長	副会長

監事	監事

福利厚生

※ 受付年月日 年 月 日

(様式5号)

傷病見舞金申請書

令和 年 月 日

一般社団法人 札幌放射線技師会

会長 殿

会員番号  
施設名  
電話

フリガナ	
氏名	印

診断書を添え下記のとおりお届けいたします。

傷病名			※
入院療養	病院名	住所	金 円也
	年 月 日～ 年 月 日までの 日間		
自宅療養	年 月 日～ 年 月 日までの 日間		