

(様式3) 被災会員届出用紙

平成 年 月 日

「被災会員」届出用紙

臨床衛生検査技師会

会 長 _____ 印

氏 名		会員番号	
勤務施設名			
同 住 所	〒 TEL		
災害名称			
被災期日			
被災状況	次の内該当するものに○印をしてください <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 高度障害 <input type="checkbox"/> 家屋倒壊 <input type="checkbox"/> 家屋流失 <input type="checkbox"/> 家屋全壊 <input type="checkbox"/> 家屋大規模半壊 <input type="checkbox"/> 家屋床上浸水 <input type="checkbox"/> 家屋一部損壊 <input type="checkbox"/> 家屋半壊 <input type="checkbox"/> 家屋床下浸水		
備 考			