

通知区分
0 0

遺児育英資金請求書

所属コード	組合員証番号	職名	会員氏名
所属所名	死亡年月日		平成 年 月 日
遺児氏名			
生年月日	平成 年 月 日生 (歳)	平成 年 月 日生 (歳)	平成 年 月 日生 (歳)
住 所			
元会員との続柄			
学 校 名			
学 年			
請求金額	円	振込先の 銀行名	銀行 店 預金種目 (普通・当座) No.
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 (〒 -) (☎ - -)</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">請求者 氏名 (元会員との続柄:) (印)</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 (〒 -) (☎ - -)</p> <p style="text-align: center;">所属所在地</p> <p style="text-align: center;">所属所名</p> <p style="text-align: center;">所属所長名</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">職印</div>			