

様式 9 (PTA活動中)

死 亡 報 告 書

			※ 受付 番号	
PTAの名称			会員氏名	
被害者氏名			男・女	歳
			会員との続柄	
災害発生 の日時	午 前後	年 月 日 時 分	当初の 疾病名	
死亡年月日	午 前後	年 月 日 時 分	原 因	
医療機関の 住所・氏名 (連絡先)				
死亡までの 経 緯				
<p>上記のことは、事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">PTA名</p> <p style="margin-left: 200px;">会長氏名</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</div>				