

死 亡 報 告 書

受付 番号	
----------	--

P T A の名称			会員氏名		
被害者氏名		男・女	年令 才	会員との続柄	
災害発生時の 日時	平 年 月 日 午前・後 時 分	当初の疾病名			
死亡年月日	平 年 月 日 午前・後 時 分	原 因			
医療機関の 住所・氏名 (連絡先)					
死亡までの 経緯					
上記のことは、事実と相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 P T A 名 _____ 会長氏名 _____ 印					

(注) 死亡診断書又は死体検案書添付のこと