

# 罹 災 届

提出日 年 月 日

日本大学歯学部同窓会  
会 長 横 江 順 宛

(届出人) 住所

氏名 ( 回卒)

支部

電話番号

(代理人の場合)

罹災者との関係

下記のとおり、罹災したことを届出致します。

罹災日時	年 月 日 時 分頃
人身被害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
罹災場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 自宅兼診療所
罹災状況 (詳細をお書きください)	<input type="checkbox"/> 床下浸水 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <input type="checkbox"/> 家屋の半壊 <input type="checkbox"/> 家屋の全壊
罹災原因	<input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 風 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> その他 ( )
備 考	

※返信先 日本大学歯学部同窓会事務局FAX:03-3294-2800