平成30年7月吉日

一般社団法人愛媛県病院薬剤師会

会員施設　御中

一般社団法人愛媛県病院薬剤師会

会長　田中　守

**平成30年7月豪雨災害に対する災害見舞金の支給について**

連日の猛暑、平成30年7月豪雨災害により被災された皆様に、心よりお見舞い申し上げます。

平素より、一般社団法人愛媛県病院薬剤師会にご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、一般社団法人愛媛県病院薬剤師会では、平成30年7月豪雨災害により被災された　会員の皆様に対して災害見舞金を支給致します。支給を希望される会員の先生方は、別紙の　　申請書（個人または複数申請用）に必要事項をご記入頂き、愛媛県病院薬剤師会事務局まで　　送付くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ等】

〒791-0295　愛媛県東温市志津川

愛媛大学医学部附属病院薬剤部内

（一社）愛媛県病院薬剤師会

飛鷹　範明

TEL：089-964-5111（病院代表）

FAX：0898-960-5745（薬剤部内）

（別紙）

**災害見舞金申請書（個人申請用）**

年　　　　月　　　　日

一般社団法人愛媛県病院薬剤師会

会長　田中　守　殿

申請者（被災者）

現住所：

氏名：　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

この度、災害見舞金の支給について申請します。

被災の概要

日時：

場所：

状況等：

（別紙）

**災害見舞金申請書（複数申請用）**

年　　　　月　　　　日

一般社団法人愛媛県病院薬剤師会

会長　田中　守　殿

申請者（施設長または支部長）

施設名：

氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

この度、災害見舞金の支給について申請します。

被災の概要

日時：

場所：

状況等：

被災者

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印　　現住所：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印　　現住所：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印　　現住所：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印　　現住所：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印　　現住所：