

年 月 日

日本公認会計士協会
近畿会会長 殿

所在地	
法人名	
代表者	印

お見舞金の件

この度、下記の者が療養致しておりましたので、慶弔規程第7条に基づきお支払いいただけますようお願い申し上げます。

氏 名	印
資格・登録番号	会 員 (公認会計士) No 準会員 (士補・新試験合格者他)
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
入院病院名	
自宅療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日
振 込 先	銀行名 銀行 (漢字) 支店 <small>(支店名カ)※振込手続に必要ですので、必ず記入願います。</small>
	口座番号 (総合普通当座) No,
	口座名義 (フリガナ) (漢字)
事務局記入欄	年 月 日 振込

*上記入院期間或いは自宅療養を要し、就業不可能な場合は、医師の診断書を添付願います。