「歯周病検診受診券」 再交付申請書

所　属　所　名	○○○○
組合員証記号番号	○○○　――　○○○○
フ　リ　ガ　ナ	キョウサイ　タロウ
組　合　員　氏　名	共済　太郎
再交付申請理由	(1.)紛失　　2. その他〔　　〕

上記のとおり申請いたします。

茨城県市町村職員共済組合理事長　　様

平成○○年○○月○○日

申請者　住　所　水戸市笠原町978－26

氏　名　共済　太郎　　(印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成○○年○○月○○日

所属所長　職　名　○○市長

氏　名　○○　○○　　印

（共済組合押印欄）

課　長	課長補佐	主幹・主査	係　長	係　員