

全国戦没者追悼式参列申請書

別紙 5

() 支部

参列遺族		参列遺族		参列遺族		参列遺族	
ふりがな氏名	性別・続柄 職業	生年月日(年齢) これまでの参加バス等	かかりつけの病院名 診療科目(電話番号)	戦没者名	戦没者		
参列者 〒 住所 自宅電話： 携帯 ※緊急時の連絡者氏名 あなたとの続柄 連絡先	男 女 戦没者との続柄 職業	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳) これまでの参加の有無 有 () ・ 無 14日県庁までのバスの利用 する ・ しない 乗車するバス停名	病院名 所在地 電話 食物アレルギーの有無 (有りの場合は、該当するものすべて○を入れてください。また、その他の場合は具体的に記入してください) 有 (卵 小麦 乳 甲殻類 そば 豆 その他) 無 体調面で伝えたいこと	戦没者名 身分： 陸軍 海軍 軍人 軍属 戦没事由： 戦死 戦病死 終戦当時の本籍地			
1							
参列者 〒 住所 自宅電話： 携帯 ※緊急時の連絡者氏名 あなたとの続柄 連絡先	男 女 戦没者との続柄 職業	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳) これまでの参加の有無 有 () ・ 無 14日県庁までのバスの利用 する ・ しない 乗車するバス停名	病院名 所在地 電話 食物アレルギーの有無 (有りの場合は、該当するものすべて○を入れてください。また、その他の場合は具体的に記入してください) 有 (卵 小麦 乳 甲殻類 そば 豆 その他) 無 体調面で伝えたいこと	戦没者名 身分： 陸軍 海軍 軍人 軍属 戦没事由： 戦死 戦病死 終戦当時の本籍地			
2							

全国戦没者追悼式参列申請書

記載例

別紙 5 () 支部

8月15日式典当日の年齢を記入してください。

参列遺族		参列遺族		参列遺族	
ふりがな氏名	性別・続柄 職業	生年月日(年齢) これまでの参加バス等	かかりつけの病院名 診療科目(電話番号)	戦没者名	戦没者
やまだ さぶろう 山田 三郎 〒 780 - 8570 高知市丸ノ内 1-2-20 自宅電話： 088-823-966 携帯 090-0000-XXXX	(男) 女 戦没者との続柄 甥 甥 (戦没者の兄・次郎の子)	大正 昭和 平成 18 8月15日 (79歳) これまでの参加の有無 (有)(H28年度)・無 14日県庁までのバスの利用 (する) しない 乗車するバス停名 野市ハマート前バス停	◎×病院 高知市 内科 電話 088-0×0-△△△△ 食物アレルギーの有無 (有) (卵 小麦 乳 甲殻類 そば 豆 その他) (エビを食べると、じんましんが出る。) 内容確認のため、病院に連絡する場合がありますので、ご了承ください。	山田 太郎 身分： (陸軍) 海軍 (軍人) 軍属 戦没事由： 戦死 (戦病死) 終戦当時の本籍地 高知県幡多郡	
山田 花子 ※緊急時の連絡者氏名 あなたの続柄 連絡先 088-XXXX-△△△△	無職 戦没者との続柄	大正 停車するバス停については、別紙『輸送バス』の停留所をご確認ください。 これまでの参加の有無 有 () 無 14日県庁までのバスの利用 する しない 乗車するバス停名	病院名 所在地 電話 食物アレルギーの有無 (有)の場合は、該当するものすべて○を入れてください。また、その他の場合は具体的に記入してください) 有 (卵 小麦 乳 甲殻類 そば 豆 その他) 無 体調面で伝えたいこと	戦没者名 身分： 陸軍 海軍 軍人 軍属 戦没事由： 戦死 戦病死 終戦当時の本籍地	備考 例) 羽田空港は車いすを用意して欲しい など 備考

これまでに式典に参列した
ことのない方を優先します
が、募集人数に空きがある
場合は、過去に参加してい
ても参列出来ます。

緊急時の連絡先は必ず記入
するように入力してください

停車するバス停につ
いては、別紙『輸送バ
ス』の停留所をご確認
ください。

体調面で伝えたいこと