

申込締切日 6月7日(金)

※加入希望のPTAは、本紙記入・捺印の上、郵送してください。

本紙郵送先

〒810-0022
福岡市中央区薬院 4-3-5 セレス薬院5F
株式会社コーリン(熊本市PTA協議会保障制度事務局)宛

熊本市PTA協議会 御中

加入団体控は適宜コピー願います

熊本市PTA協議会団体賠償責任保険制度加入依頼書

加入依頼日(保険料振込日) ²⁰ 年 月 日

学校名	熊本市立	小学校 ・ 中学校	加入 依頼者	PTA 会長名		申込印 印
-----	------	-----------------	-----------	------------	--	--------------

学校住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	ご加入時の確認事項 確認印兼用 PTA 会長印
------	---	------	--	-------------------------------

本制度のご担当者名 役職名 氏名 TEL - -

《下記の内容にて加入します》

保険期間	2024年7月1日午後4時～2025年7月1日午後4時
------	-----------------------------

PTA賠償責任保険 PTA会員の児童・生徒 名 × 10円 = 保険料 0円

保険料(一時払) 0円

※頂いた個人情報は当制度の加入、運営以外の用途には使用しません。

記入例

申込締切日 6月7日(金)

※加入希望のPTAは、本紙記入・捺印の上、郵送してください。

本紙郵送先

〒810-0022
福岡市中央区薬院 4-3-5 セレス薬院5F
株式会社コーリン(熊本市PTA協議会保障制度事務局)宛

熊本市PTA協議会 御中

加入団体控は適宜コピー願います

熊本市PTA協議会団体賠償責任保険制度加入依頼書

加入依頼日(保険料振込日) 2024年6月1日

学校名	熊本市立 熊本 小学校 中学校	加入依頼者	PTA 会長名	熊本太郎	申込印 印
学校住所	〒860-0842	電話番号	(090) 123-4567	ご加入時の確認事項 確認印兼用 PTA会長印	
熊本県○○○○町○○○○					

本制度のご担当者名 役職名 教頭 氏名 熊本花子 TEL 090-123-4567

《下記の内容にて加入します》

保険期間 2024年7月1日午後4時～2025年7月1日午後4時

PTA賠償責任保険

PTA会員の児童・生徒	500	名	× 10円 =	保険料	5,000	円
-------------	-----	---	---------	-----	-------	---

保険料(一時払)

5,000 円

※頂いた個人情報は当制度の加入、運営以外の用途には使用しません。