

申込締切日 6月12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

〒810-0001
福岡市中央区天神1-13-2 興銀ビル9F
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) 20²⁰年 4月 1日

学校名	熊本市立 熊本 <small>小学校 中学校</small>	加入依頼者	PTA 会長名	熊本太郎	申込印 
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	2020年7月1日午後4時～2021年7月1日午後4時
------	-----------------------------

PTA賠償責任保険 $\text{児童・生徒数 } 500 \text{ 名} \times 10\text{円} = \text{保険料 } 5,000 \text{ 円}$

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。