

申込締切日 6月11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

〒810-0002
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	〒 -	電話番号	()	-	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 2021年7月1日午後4時～2022年7月1日午後4時

PTA賠償責任
保険

児童・生徒数 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。