

受付番号※

様式-1

共済契約申込書

申込日
平成 年 月 日

一般社団法人 沖縄県PTA連合会 安全委員会 御中

PTA

会長名

公印

学校住所

TEL

FAX

役職名

事務担当者名

()

1. 被共済者の加入予定世帯数 世帯
2. 共済掛金の予定金額 円(150円×上記予定世帯)

※ 共済約款を承認し、共済契約を締結する。

※ 「共済契約申込書」は、郵送でお願いします。(当日消印有効)

※ 共済証書はすべての手続きが完了した後に送付致します。

提出期限…… **毎年3月31日厳守**