

一般社団法人
 沖縄県PTA連合会 安全委員会 御中

提出日 平成 年 月 日

災 害 報 告 書

担当者名		PTA専用 TEL ()-()		受付 番号	※
PTA の名称		学校☎ () ()-()	会長名		
負傷者	氏名	フリガナ T . S . H 年 月 日 生	男・女	年 組 才	会員との 続柄
	区分	保護者、教師、児童生徒、幼、準	当時の行事名等		
傷病名					
災害発生 の日時	平成 年 月 日 曜 午 時 分 後	災害発生の場所			
災害発生 の状況					
初診 年月日	平成 年 月 日 時 分	医療 機関名			
上記のことは事実と相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 PTA名 会長名					
					公印

※ 事故の通知……事故発生の日からその日を含めて30日以内に当会に通知してください。
 ※ いただいた個人情報、共済契約の管理及び履行のために利用いたします。共済契約履行のために必要な支払範囲内で、共済金の請求や審査等関係先に提供することがあります。