受付番号※

様式ー1

共 済 契 約 申 込 書

申込日
令和　　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。

※　今年度3月末日までに次年度の契約申込がなければ4月1日からの適用はされません。。