

一般社団法人 沖縄県PTA連合会
安全委員会 御中

提出日 令和 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		区分	保護者・教師・幼・小・中・準会員
	S・H・R 年 月 日生 男・女		当時の行事名等	
傷病名				
災害発生 の日時	令和 年 月 日 曜 前 時 分 後	災害発生の場所		
災害発生 の状況				
初診 年月日	令和 年 月 日 時 分	医療 機関名		
<p>上記のことは事実と相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>PTA名</p> <p>会長名</p> <p style="text-align: right;">公印</p>				

※ 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。