

提出日 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

災 害 報 告 書

担当者名：

PTA専用TEL：

学校TEL：

PTAの名称		会長名	
負傷者	フリガナ	当時の行事名	
	氏名		
	生年月日	年 月 日生 (男 ・ 女) 才	
	区分	保護者 ・ 教職員 ・ 児童生徒 ・ 幼、こども園児 ・ 準会員 園児 ・ 児童生徒の学年、クラス (学年 組)	
傷病名			
災害発生日時	令和 年 月 日 曜日 午前 ・ 午後 時 分	災害発生場所	
災害発生状況			
初診年月日	令和 年 月 日 曜日 午前 ・ 午後 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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">P T A 名</p> <p style="text-align: center;">会 長 名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">公印</div> </div>			

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。

※入院・通院の領収書等は医療報告書と併せて提出していただきます。

※いただいた個人情報、共済約款の管理及び履行のために利用いたします。

安全会以外に共済契約履行のために、審査等関係先に提供することがあります。