

学校支援者補償制度 加入依頼書 兼 加入申込票 (学校支援地域本部申込専用)

<お申込みFAX送信先>

日本PCA学校支援者補償制度係
FAX 0120-590-279

加入依頼日 年 月 日

* 下記すべての項目をご記入ください。

<ご加入に際して>

保険契約についての重要な事項に関する内容について確認するとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。

学校支援本部名	<input type="text"/>	本部長名	<input type="text"/>	担当課	<input type="text"/>	担当者	<input type="text"/>	申込印	<input type="text"/>
	電話/		FAX/		e-mail/				
ご住所	〒 <input type="text"/>		補償型 (○を付けて下さい。)		補償開始月	加入件数	合計保険料		
	<input type="text"/>		I型		月	件	円		
	<input type="text"/>		II型						
	<input type="text"/>		III型						
<input type="text"/>									

※他の保険契約等 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(ありのときは、下記欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

保険会社	保険種類	保険金額・支払限度額	過去3年間における事故	<input type="checkbox"/> あり⇒ありの場合	<input type="checkbox"/> 回
------	------	------------	-------------	-----------------------------------	----------------------------

No	地域教育協議会名	協議会長名	住所・電話			ご契約タイプ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			都道府県	郡市町村		
			電話/	FAX/		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			都道府県	郡市町村		
			電話/	FAX/		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			都道府県	郡市町村		
			電話/	FAX/		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			都道府県	郡市町村		
			電話/	FAX/		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			都道府県	郡市町村		
			電話/	FAX/		

() 学校支援本部名簿

* 左記の () 内に貴学校支援本部名をご記入ください。

No	地域教育協議会名	協議会長名	住所・電話			ご契約タイプ
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道府県	郡市町村		
			電話／		FAX／	
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道府県	郡市町村		
			電話／		FAX／	
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道府県	郡市町村		
			電話／		FAX／	
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道府県	郡市町村		
			電話／		FAX／	
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道府県	郡市町村		
			電話／		FAX／	
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道府県	郡市町村		
			電話／		FAX／	
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道府県	郡市町村		
			電話／		FAX／	