

送信日 年 月 日

受付番号※

様式-4

## (一社)埼玉県 PTA 安全互助会 傷害事故発生報告書

立 幼稚園・こども園 フリガナ  
学 校 PTA 会長 氏 名

公印

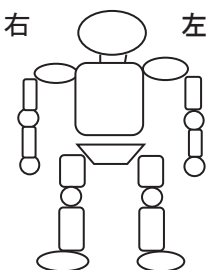
<b>事務担当者</b>	PTA 役職	氏名(フリガナ)	連絡先 TEL ( )
--------------	--------	----------	----------------

下記の通り傷害事故が発生しましたので、ご通知いたします。

下記のもの、本 PTA 会員であり、下記 PTA 行事に参加中、傷害を被ったことを証明します。

### 記

<b>傷害を負った方の氏名</b>	フリガナ	<b>性別</b>	男・女
<b>傷害を負った方の住所(ご連絡先)</b>	〒 -	TEL	( )
<b>会員の区分(○印)</b>	1 保護者                      2 教職員                      3 準会員 4 園児・児童・生徒              5 その他		

<b>事故日</b>	年 月 日( )午前・午後 時 分	<b>おケガの部位</b> 右                      左 
<b>事故発生場所</b>		
<b>事故状況</b>		
<b>行事名</b>		
<b>開催日</b>	年 月 日( )	
<b>主催</b>		<b>共催</b>

**PTA 主催行事、または共催行事であることがわかる案内書(ちらし等)をあわせてご提出ください。**

上記の事故に関する被災者の個人情報をご貴会の職員またはその委託を受けた者が下記の通り取り扱うことに同意します。

1. 貴会が支払い共済金算定の判断・共済金支払い・共済引き受けの判断のために使用すること。
2. 貴会が以下、およびその他業務上必要とする範囲で取得・利用・提供または登録すること。

◎貴会が前記 1. の業務のため業務委託先、医療機関、修理業者、共済金請求、支払いに関する関係先、事故に関する関係先等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。

**提出先 FAX 048-749-1669**