

送信日 年 月 日

受付番号※

様式-5

(一社)埼玉県 PTA 安全互助会 賠償事故発生報告書

幼稚園・こども園
立 学 校 PTA 会長 氏 名

公印

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

下記の通り事故が発生しましたので、ご通知いたします。下記の者は、本 PTA 会員であることを証明いたします。

記

対象者名 又は団体名	フリガナ		
住 所	〒 -	TEL	()

事 故 日	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
事故発生場所			行事名
事 故 の 原 因 と 状 況			
被害者の損害の程度 被害物の損害の程度			

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とおり取り扱うことに同意します。

1. 貴会が支払い見舞金算定の判断・見舞金支払い・見舞金引き受けの判断のために利用すること。
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、見舞金請求、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