

年 月 日

共 済 金 事 故 報 告 書

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会理事長 様

下記の事故について、事実と相違ないことを証明し報告いたします。

学校名 _____ 立 _____ 園・学校

P T A 会長(代表) _____

学校長(園長) _____

所 在 地 〒 _____

電 話 番 号 _____ () _____ F A X _____ () _____

事務担当者名 _____

被災者住所	郡 町 市 村				
フリガナ 被災者氏名		男・女	年齢		歳
電 話	()				
加入種別	1. P T A 会員(保護者・教職員) 2. 児童・生徒等 3. 指導者 4. その他()				
事業種別	1. P T A 主催事業 2. P T A 共催事業(共催団体名) ()				
被災日時	年 月 日 曜日(午前・午後 時 分頃)				
被災場所					
事業名称					
事故原因と状況					
被災種別	1. 傷害(部位:) 2. 死亡 (傷害名:) ※ 医師に確認の上、正確にご記入下さい。				
手 術	有 ・ 無	入 院	有 ・ 無		

※ 申請期間は、事故発生日より **90 日以内**とする。