

＜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

学校支援者補償制度 加入依頼書 兼 申込書（教育委員会申込専用）

加入依頼日 年 月 日

※ 電話・FAXも含めすべての項目をもれなくご記入下さい。

教育委員会名	フリガナ	教育長名	フリガナ	担当課	フリガナ	担当者	フリガナ	申込印	
	*下記の＜ご加入に際して＞を確認し、保険契約者である団体に対して加入の申込みをします。								
電話／ FAX／ e-mail／									
ご住所	〒 フリガナ			補償開始月	加入校数		保険料合計		
	フリガナ 都・道 府・県 郡・市 町・村			月	校		円		

＜ご加入に際して＞ 加入者は、◆重要事項説明書の内容 ◆「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容 ◆ご加入内容確認事項（意向確認事項）の内容について確認・同意のうえ、加入申込をして下さい。

No	学校名	校長先生	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／		

(

## ) 教育委員会名簿

※左記の ( ) 内に貴教育委員会名をご記入ください。

No	学 校 名	校長先生	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／		F A X／	
	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／		F A X／	
	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／		F A X／	
	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／		F A X／	
	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／		F A X／	
	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／		F A X／	
	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／		F A X／	
	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／		F A X／	