（様式　３）

**在籍確認　兼　事故発生通知書**

　　　年　　　月　　　日

山口県ＰＴＡ連合会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　－

学校所在地

ＰＴＡ名

会長印

電話番号

ＦＡＸ番号

会　長　名

取扱担当者

以下のとおり相違ないことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故の種類 | ※どちらかに○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 該当者を○で囲んでください |  | | | | | | | | | | | | | |
| ケガをされた方  の氏名  又は  賠償請求の場合は　当事者名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | 男女 | |  | | | | | 年令 |  |
| 氏名 | |  | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | |
| 保護者名 | | ※ケガをされた方が未成年の場合のみ記入 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　－ | | | | | | | 電話番号 | | 昼 | | | |
| 夜 | | | |
| 事故の内容 | 行事名 |  | | 発生日時 | 年　　月　　日  　　　時　　分頃 | | | | | 場所 | |  | | |
| ケガの場合は状況・ケガの部位・経過など。  賠償事故の場合は相手方氏名など連絡先・状況・経過・見取図など |  | | | | | | | | | | | | | |
| 病院名など | 病院名  住　所  ＴＥＬ | | | | | | その他 | | | 連絡事項 | | | | |

ご 注 意　　事故発生後３０日以内に提出してください。

　　　　　　　この書類は当該会員または学校で記入してください。

　　　　　　　用紙スペース不足の場合は別紙に追記し添付してください。

　提 出 先　　〒753-0072　山口市大手町2-18　山口県教育会館内　　山口県ＰＴＡ連合会