

(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 _____

P T A 名 _____

電 話 番 号 _____

F A X 番 号 _____

会 長 名 _____

取扱担当者 _____

会長印

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。		傷 害 (ケガの場合)		賠償責任	
該当者を○で囲んでください	保護者		教職員		児童生徒	
ケガをされた方の氏名 又は 賠償請求の場合は 当事者名	フリガナ		男女		年齢	
	氏名					
	フリガナ	※ケガをされた方が未成年の場合のみ記入				
	保護者名					
住所	〒 -			電話番号	昼	
					夜	
事故の内容	行事名		発生日時	年 月 日	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				その他	連絡事項
	住 所					
	T E L					

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