

様式－1

一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

PTAコード			
--------	--	--	--

記入日 20 年 月 日

必ず記入してください。

## 傷害事故発生報告書

PTA名	市町村立	PTA
PTA会長名		
学校(園)の電話番号	( )	

下記の通り、学校管理下外・PTA行事中の事故が発生しましたので報告します。

### 記

フリガナ		学年(事故当時)	性別
受傷者氏名		学年	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
該当する 事項に <input checked="" type="checkbox"/> 印	受傷者の区分	<input type="checkbox"/> 児童・生徒・園児 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 保護者の代理出席者	
	種別	<input type="checkbox"/> 学校管理下外 <input type="checkbox"/> PTA行事	

事故発生日時	20 年 月 日 ( )	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時頃
事故発生場所	<input checked="" type="radio"/> 県内 <input type="radio"/> 県外		
事故の状況 (概略でよろしいです)	..... ..... .....		
スポーツ活動の場合	<input checked="" type="radio"/> スポ少・ <input checked="" type="radio"/> 父母会・ <input checked="" type="radio"/> 社会体育・ <input checked="" type="radio"/> その他 ( )		
傷害の程度	<input type="checkbox"/> 入院 日位 <input type="checkbox"/> 通院 日位		

担当者 職名 氏名

※180日➡ / /

**岩手県PTA連合会事務局 FAX: 019-641-6453**

<個人情報に関する取扱いについて>

一般社団法人岩手県PTA連合会は、本共済契約に関する個人情報を共済引受審査、支払いの判断、本共済契約の履行のために利用します。また、上記の利用目的のため必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲内に限定します。