

鹿児島市PTA連合会
FAX 099-225-7101

**鹿児島市PTA連合会「団体保険制度」
加入意思確認書**

下記に必要事項をご記入の上、5月31日までにFAXにてお送り下さい。

送信日	平成 年 月 日()
単位PTA名	
会長名	
担当者名	
担当者連絡先 (日中に連絡がつく電話番号)	

↓下記のいずれかに○印を付けて下さい。

■PTA賠償責任保険



加入します

加入しません

<1戸あたり9円>

■PTA団体傷害保険



加入します

加入しません

<1戸あたり91円>