

共 済 加 入 同 意 書

令和 年 月 日

学校

P T A会長 様

保護者 住 所

氏 名

一般社団法人新潟県高等学校P T A安全互助会共済規程・事業方法書第8条第2項の規定に基づき、共済契約について、加入することに同意します。

記

学校名				課 程	全日制・定時制・通信制
生 徒 氏 名	学 年	ク ラ ス	番 号	備 考	

- ※ この同意書は各学校で5年間保存してください。
- ※ 個人情報の取扱いについては、当法人の「個人情報保護に関する基本方針」及び「個人情報管理規程」に従うものとします。
- ※ 被共済者及び保護者は、共済金を請求する場合に、共済金の算出に必要な範囲において当法人が学校から個人情報を取得することに同意するものとします。
- ※ ご記入いただいた個人情報につきましては、共済契約の管理及び審査、共済金の支払及び当法人の事業のため使用され、それ以外に使用いたしません。