

FAX不可

〈賠償責任〉

(様式II)

事故発生受付簿(兼連絡簿)			
PTA名	PTA		
本件のご担当者名	役職名	氏名	TEL
事故発生日時	時ごろ		
事故発生場所			
PTA行事名			
事故発生原因 および 状況			
被害者名	(フリガナ)	年齢	性別
		才	
被害者住所	〒 TEL		
被害物件			所有者名
	損害額または修理費	およそ 円	TEL
被害物件写真	お見積書有無		
被害物購入時期	年 月頃	被害物購入金額	円
備考 人身事故の場合は、概要(相手のお名前、連絡先、傷病名…など)をお書きください。			

送付先

佐賀県PTA安全互助会 (取扱代理店 株式会社コーリン)

〒810-0022 福岡市中央区薬院4-3-5 セレス薬院5F

フリーダイヤル 0120-228-553 (通話料無料)

◎受付時間：午前9時～午後5時(土・日・祝日・年末年始を除く)