

2020年度版

賠償責任保険用

インターンシップ・ボランティア等体験活動保険 加入依頼書

公益財団法人産業教育振興中央会 御中

維持会員もしくは学校賛助会員として、本保険への加入を下記の内容で申し込みます。

＜ご加入時の確認事項＞

- 維持会員以外の学校については、当会の趣旨に賛同し、学校賛助会員へ登録を申し込みます。（学校賛助会員については、ホームページ内「細則」をご参照ください。）
- 申込人（加入者）および被保険者は募集文書または損保ジャパン日本興亜（幹事保険会社）公式ウェブサイト（<http://sjnk.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

加 入 手 続 日 年 月 日

学 校 住 所	〒 ー 都・道・府・県		
学 校 名	フリガナ ※設置者名からご記入願います。		
学 校 連 絡 担 当 者	フリガナ	学校連絡先 (TEL)	()
備 考 欄			

加入内容

＜対象となる活動＞ 学校が教育活動の一環とするキャリア教育（職場体験等）・インターンシップ（就業体験等）・ボランティア（奉仕活動）

＜加入合計人数＞

＜合計保険料＞

名 × 250円 = 円

＜保険期間＞

保険料振込日（着金日）の翌日 から 2021 年 3 月 31 日 まで

保険料振込口座	三菱UFJ銀行(0005) 市ヶ谷支店(014) 普通 1006904 イテガヤ 公益財団法人 産業教育振興中央会 保険口座 ※手数料は振込人様負担となります。		
振込日（予定日）	年	月	日 ※補償開始日は保険料をお振込み後、指定口座に着金した翌日からとなります。
振込依頼人名	フリガナ		
他の保険契約	※該当の保険名称をご記入ください。 ※この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。		

＜注意事項＞

- ・ 名簿は原則専用の名簿をご利用ください。
- ・ 学校独自の名簿で提出する場合は、**A4サイズの学校名・学年・クラス・名前のみを記載した名簿**を添付してください。
- ・ お申し込み内容に変更等があった場合には、速やかに取扱代理店 株式会社第一成和事務所までご連絡ください。詳細につきましては、産業教育振興中央会のホームページを必ずご確認ください。

本加入依頼書および名簿は速やかに、取扱代理店 株式会社第一成和事務所へ郵送してください。

郵送先：〒103-8214 東京都中央区日本橋久松町11-6 日本橋TSビル8階

(株)第一成和事務所 インターンシップ・ボランティア保険担当者宛 TEL 03-3669-2831

本加入依頼書と名簿および銀行の振込控は保険証書の代わりとなりますので、
加入依頼書と名簿はコピーをお取りいただき学校で大切に保管ください。