別紙＜１＞

暫定用申込書

年 月 日

#### トライやる・ウィーク推進協議会

（事務代行：（一財）兵庫県学校厚生会） 行

年度 トライやる・ウィーク参加予定者は、下記のとおりです。

所属所番号

中学校 校 長 公印

担当者

トライやる・ウィーク実施予定日 月 日 ～ ５日間

|  |
| --- |
| **在籍生徒数** |
| 名 |

##### 暫定保険料



振込予定日

月

日

**×５２０円 ＝ 円**

お振込み口座

三井住友銀行

口座番号口座名義

神戸営業部 （普通預金）

８６１９６２３

トライやる・ウィーク補償事務局

※ 保険料の振込手数料は学校側でご負担ください。

※ お振込みの際は下記名義にてお願いいたします。

実際の申込み業務に係る連絡先

トライやる・ウィーク推進協議会（事務代行：（一財）兵庫県学校厚生会）トライやる・ウィーク補償事務局

〒650-0012 神戸市中央区北長狭通４丁目７番３４号

電 話 ０７８－３３１－９３１７（直通） ＦＡＸ ０７８－３３１－９９１０

振込人名義（例） ○○市立○○中学校

※ 暫定用申込書は必ず原本を提出ください。（ＦＡＸ不可）