

申請申込み日 年 月 日

一般社団法人 奈良県作業療法士会

総合賠償責任保険補助申込書

この申請は、(一社)奈良県作業療法士会が各種団体からの依頼を受け、出向する作業療法士を応援するために、(一社)日本作業療法士協会「作業療法士総合補償保険(上乘せ補償プラン)」の補助を行うものである。

奈良県作業療法士会会長殿

フリガナ			会員番号
氏名			
所属		所属 連絡先	TEL:

出向団体			
所在地	〒	電話番号	
回数	年()回		

賠償責任保険補助について

本件の賠償責任保険の補助制度については、(一社)奈良県作業療法士会に各種団体からの公文書の送付並びに理事会決裁を得たものに限り、補助の対象となります。

- ①の場合の補助は、2160円補助させていただきます。
②の場合の補助は、1080円補助させていただきます。

- ① 年間12回(月1回以上)の出席
② 年6回(2か月に1回程度)の出席

提出書類

- 1:保険証書のコピー
2:賠償責任保険補助申込書

注:

- 届けは事務局に提出してください。
- 補助の申込みをされる前に、承認される団体かの確認を必ず事務局までしてください。
- この総合賠償保険は7月始まりです。
(例:出向団体任期が、平成28年4月1日～平成29年3月31までの場合、平成28年7月1日から平成29年3月31日(9か月分)までの総合補償保険金額を補助いたします。
- 提出書類は、本目的に限り使用します。
- 申請前(7月1日)までに当該年度の会費を納めてください。

承認

否認