

様式

こども総合保障制度幹事会社公募申込用紙

令和6年 月 日

愛媛県PTA連合会長 宛

保険会社名

代表者名

印

項目	内容
会社概要	
愛媛県内の 代表支店(支所)所在地	〒
担当者役職・氏名 連絡先電話番号	
本保険取扱いの場合の 愛媛県内代理店数	
愛媛県PTA連合会 での実績	
愛媛県内郡市町PTA連合会 での実績	
他の公的組織・団体での 愛媛県内における実績	
現行保障制度実施の契約の 可否(※パンフレットの保障内容と、同 等あるいはそれ以上の補償が可能かど うか)	
会社アピール(御社と契約す ることのメリット等)	