

様式第6号(第8条関係)

第〇〇号

平成〇〇年〇〇月〇〇日

愛媛県教育委員会教育長 様

大学等名 〇〇大学

学長等名 学長〇〇〇〇



介護等体験活動賠償責任保険加入証明書

次の者は、介護等体験活動に係る賠償責任保険に加入していることを証明します。

受 入 校 名	受 入 対 象 者				契約保険会社 等の名称	保険期間
	学部等	学 科	学 年	氏 名		
〇〇特別支援学校	〇〇学部	〇〇学科	〇	〇〇〇〇	〇〇保険会社	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日
〇〇特別支援学校	〇〇学部	〇〇学科	〇	〇〇〇〇	〇〇保険会社	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日
〇〇盲学校	〇〇学部	〇〇学科	〇	〇〇〇〇	〇〇保険会社	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。