

보 상 금 지 급 신 청 서

신 청 인 (학원장)	학 원 명			
	주 소			
	설립(운영자)명		전화번호	
피 해 자	성 명		성 별	
	생년월일		자 택 전화번호	
	주 소			
보상금수령자 (학원장)	성 명		피해자와의 관 계	
	생년월일		휴 대 폰	
	주 소			
신 청 액	금 원정 ₩ 원정			
사고경위	O. 사고일시 : 년 월 일 O. 치료병원 : O. 사고내용(육하원칙에 의거 작성 - 상세히 작성바랍니다.) 누 가 - 언 제(시간) - 어디서 - 무엇을(부상부위기재) - 어떻게 - 왜 -			

상기와 같이 경기도학원안전공제회 정관 제10조 1항에 의거 보상금 지급을 신청하며, 본인(신청인,피해자)은 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀사가 본인(신청인,피해자)의 개인(신용)정보를 수집·이용하는데 동의 합니다.

서기 년 월 일

피해자 (인) / 신청인 (인)

경기도학원안전공제회 이사장 귀하

학생 월별 현황

▶ 학원명:

▶ 원장명: (인)

※ 기재방법 : 사고 시점 월 부터 보상신청 현재 월 까지 출석인원 수

(인원수 집계 시 강사 및 직원 제외)

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월
소계						
구분	7월	8월	9월	10월	11월	12월
소계						

우리 학원은 위 사실과 같이 학생 현황을 통보하며, 사실과 다른 내용을 통보한 것에 따른 책임은(보상금 면책등) 학원 측에 있음을 확인합니다.

년 월 일

(사)경기도학원안전공제회 이사장 귀하