

# 同意書

私は、(公社) 飛騨市シルバー人材センターの会員として  
就業中発生した事故等により障害等を負った場合については  
貴センターが加入しているシルバー保険の範囲内での適用に  
異議ありません。

令和 年 月 日

住 所

〒

---

氏 名 (本人)

\_\_\_\_\_ ⑩

御家族 (本人以外)

\_\_\_\_\_ ⑩

(公社) 飛騨市シルバー人材センター

理 事 長 様