



현장실습보험 질문서

사실과 다를 경우 보험금 지급 시 영향을 미칠 수 있사오니 정확하게 작성해 주시기 바랍니다.

1. 계약자 정보(대학교 또는 산학협력단)

사업자번호	1231212345	계약자	관악고등학교
주소	갈현동 디테크타워	담당자 연락처	01087204162
		담당자 이메일	simg@kakao.com

2. 현장실습관련 사항

구분	내용			
현장실습시기 (✓)	<input type="checkbox"/> 1학기	<input type="checkbox"/> 하계계절	<input type="checkbox"/> 2학기	<input checked="" type="checkbox"/> 동계계절
실습기간(보험기간)	2025-10-09 ~ 2025-10-31			

3. 보험가입 유형 선택

보장내용	가입유형 선택(체크기호)	
	<input type="checkbox"/> PLAN A	<input checked="" type="checkbox"/> PLAN B
대인 및 대물 배상	1사고당 : 1억원	1사고당 : 2억원
산재보험 초과 사용자배상	1사고당 : 1억원	1사고당 : 2억원
배상책임 자기부담금	1십만원	1십만원
실습 중 치료비	1인당 1사고당 : 1천만원	1인당 1사고당 : 1천만원

4. 실습기간 별 참여인원

실습기간	참여인원	실습기간	참여인원	실습기간	참여인원	실습기간	참여인원
4주		10주		16주		22주	1
5주		11주		17주		23주	
6주		12주		18주		24주	
7주		13주		19주		25주	
8주		14주		20주		26주	
9주		15주		21주			
총 참여 인원수							1

본 질문서의 모든 기재사항이 사실과 다름이 없음을 확인합니다

보험계약자 _____ 관악고등학교 (인)