傷害保険申込書

万が一のことを考え、参加者すべての方に以下の保険に加入していただいております。お手数ですが加入者情報をご記入の上、事務局までe-mail またはFAXでお申込みください。

なお、保険申込みの経費につきましては、チーム参加費から支払います。また、加入者情報は保険に関する目的以外では利用いたしません。

　　　　e-mail: info@wroj-ehime.org / FAX 089-931-8659

加入傷害保険内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2021年8月7日(土)（終日）　　参加のための移動を含む | 保険金額 | |
| 死亡・後遺傷害 | 1,400,000 | 円 |
| 入院日額 | 2,000 | 円 |
| 通院日額 | 1,000 | 円 |
| 賠償責任（特約） | 1,000,000 | 円 |

加入者情報：チーム毎に記入のこと　※1チームは2～3名の構成

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| チーム名 |  |

コーチ　　　※引率が複数チームで複数枚にわたる場合、１枚のみ記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別　男　/　女  生年月日  T 　S H  　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 自宅住所  TEL | 〒 -  ( ) - | |

選手

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別  生年月日  平成 年 月 日 |
| 氏名 |  |
| 自宅住所  TEL | 〒 -  ( ) - | |
| ふりがな |  | 性別  生年月日  平成 年 月 日 |
| 氏名 |  |
| 自宅住所  TEL | 〒 -  ( ) - | |
| ふりがな |  | 性別  生年月日  平成 年 月 日 |
| 氏名 |  |
| 自宅住所  TEL | 〒 -  ( ) - | |