

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

2024年8月4日(日)(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
氏名		生年月日 T S H 年 月 日
自宅住所 TEL	〒 - () -	

選手

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