

ス ポ ー ツ 関 係 実 技 検 査 保 険 加 入 届

平成 年 月 日

滋賀県立__日野__高等学校長 様

志願者氏名_____

保護者氏名_____



下記のとおり、保険への加入をします。

保険の加入に関して		確認欄 (中学校が確認 し○を記入)
1	競技名 レスリング	
2	保険加入者氏名_____ 生 年 月 日_____ 現 住 所_____	
3	保険加入金 _____ 500円	

※国・県・私立中学校からの志願者は、保険への加入が必要です。

※県内市町立中学校からの志願者は、競技・種目により保険の加入が必要です。

中学校名_____

校長名_____

印