

年 月 日セルフレスキュー講習会参加申込書

記載日	年 月 日		
氏名 (年齢)	ふりがな		性別
	(才)		男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	血液型	身長 cm 体重 kg
住所	〒 _____		
	Tel () Fax ()		
	携帯電話 ()		
	E-Mail		
緊急連絡先	〒 _____		
	Tel () Fax ()		
	氏名 (続柄)		
所属山岳会			
登山歴	年	クライミング歴	年
保険加入の有無	加入 ・ 未加入 (加入の方は以下もご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 日本山岳協会 山岳共済 <input type="checkbox"/> 上記以外の山岳保険 <input type="checkbox"/> 傷害保険等 <input type="checkbox"/> その他()		
保険加入申し込み	上記、保険加入の有無に関わらず別途 傷害保険 に加入をご希望の方は、以下にご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※上記日程は、1日の保険料 500円 (保険金日額 入院¥5000・通院¥3000) <input type="checkbox"/> ※上記日程は、1日の保険料 2500円 (保険金日額 入院¥3000・通院¥2000)		

※参加申込書に記載された個人情報、本事業においてのみ使用いたします。

誓約書

兵庫県山岳連盟 様

今般、貴連盟が主催する講習会参加中の事故及び負傷につきましては、
貴連盟に一切の責任を問わないことを誓約して参加を申し込みます。

平成 年 月 日

本人署名

印