

ス ポ ー ツ 関 係 実 技 検 査 保 険 加 入 届

令和 年 月 日

滋賀県立大津商業高等学校長 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	
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