

兵庫県山岳連盟 様

2017年沢登り教室参加申し込み書

(本人記入欄) 6月25日、7月1~2日、8月6日、(参加日を○で囲む)

記載日 2017年 月 日

| | | | |
|---------------|----------------|---------|------------|
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| ふりがな 氏名 | 印 (歳) | | |
| 現住所 | 〒 - | | |
| TEL・FAX | TEL - - | FAX - - | |
| | E-mail: | | |
| 携帯電話 | TEL - - | | |
| | E-mail: | | |
| 緊急連絡先 (氏名) | 〒 - (同上) 住所 | TEL | () FAX |

※参加申込書に記載された個人情報は、本事業においてのみ使用いたします。

※保険加入申し込み:1日の保険料 約2500円(保険金日額 入院¥3000円、通院¥2000)
(保険未加入の方対象です)

誓約書

兵庫県山岳連盟様

今般、貴山岳連盟が主催する沢登り教室参加中の事故並びに負傷につきましては
貴山岳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いたします。

2017年 月 日

本人署名

印