

日本リトルリーグ障害保険申込書

平成 年 月 日

豊中リトルリーグ野球協会殿

平成 年 月 日付をもって下記選手の障害保険代
(¥ 円)を添えて申し込み致します。

保護者名 _____ ㊞

選手名 _____ 生年月日 年 月 日

学校学年 小学校 学年 年齢 才

現住所 _____ TEL _____

豊中リトルリーグ野球協会 会長

藤 田 茂 司 殿

念 書

万一、事故にあった場合は、(道中、グラウンド内含む)

保険金以外の補償は球団及び個人には一切請求致しません。

平成 年 月 日

保護者名 _____ ㊞

選 手 名 _____

母親氏名 _____

※ ご意見のある方はお聞かせください。