

ポールウォーキングイベント保険適用申請書

2020年コーチ会員専用

FAX:0267-66-1500

*用紙が足りない場合は、本紙をコピーの上、ご使用ください。

*以下要件特定できないものに関しましては、イベント保険対象外となりますので、ご注意ください。(点線枠内)

- 1.有資格コーチが主催するポールウォーキングイベント催行時にレクリレーション保険が適用されます。(主催でない場合は対象外です)
- 2.保険適用対象者は、有資格コーチの方および有資格コーチが提出した保険適用申請名簿にお名前が記載されている方に限ります。(名簿への記載が必須です)
保険適用となった場合、お支払いする保険金は、死亡の場合1,000,000円、入院1日1,500円、通院1日1,000円となります。
- 3.申請に際しましては、イベント開催24時間前までにFAX受付分のみ有効となります。
- 4.申請書の記入と提出につきましては、有資格コーチが行うようお願いいたします。(代筆や代理提出は適用外となります)
- 5.FAX送信日時、参加者名簿など申請書の内容に記入もれのないよう、確認の上、提出ください。(太枠内すべて)

FAX送信日時：		年	月	日 ()	:	
1	コ ー チ	上位資格No.	P1123		(フリガナ) 指導コーチ名	(たけだ あきら) 武田 明
		連絡先 (携帯又は自宅電話番号)	090-7736-6101			04-7140-5457
2	イ ベ ン ト	開催日時	年	月	日 ()	: ~ :
		集合場所	「あ・し・た」		解散場所	あ・し・た」
		主たる指導場所	まちの健康研究所「あ・し・た」/ららぽーと柏の葉 と その周辺			
		住所	〒 277-8515 千葉県柏市若柴178-4 04-7197-7713			

参加者名簿

No	名前	性別	生年月日	No	名前	性別	生年月日
1		男・女		21		男・女	
2		男・女		22		男・女	
3		男・女		23		男・女	
4		男・女		24		男・女	
5		男・女		25		男・女	
6		男・女		26		男・女	
7		男・女		27		男・女	
8		男・女		28		男・女	
9		男・女		29		男・女	
10		男・女		30		男・女	
11		男・女		31		男・女	
12		男・女		32		男・女	
13		男・女		33		男・女	
14		男・女		34		男・女	
15		男・女		35		男・女	
16		男・女		36		男・女	
17		男・女		37		男・女	
18		男・女		38		男・女	
19		男・女		39		男・女	
20		男・女		40		男・女	



■一般社団法人日本ポールウォーキング協会 (NPWA)

〒 3 8 5 - 0 0 2 2 長野県佐久市岩村田1104-1 TEL : 0267-66-1500 FAX : 0267-66-1500