

ディプログラム保険申込書

FAX 03-3469-0504

下記の通り、ディプログラム保険を申し込みます。

申込者氏名: _____ 指導者番号: _____

種目名: _____ 実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

実施会場: _____ 保険料払い込み予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
※保険料の払い込み期限は、実施日の2日前です。

参加者氏名(スペースが足りない場合は、別紙に一覧を作成してお送りください。)

1. 申込者	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.
13.	14.	15.	16.
17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.
25.	26.	27.	28.
29.	30.	31.	32.

・契約者および被保険者は、損保ジャパン日本興亜公式ウェブサイト(<https://www.sjnk.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。