

2013年度極真メディカルサポート制度 加入申込書

1.新規加入申込み記入欄

新規 加入 申込み	ご 本 人	記入日	平成 年 月 日			
		加入区分	大人(高校生以上) 3,800円	小人(中学生以下) 2,800円		
		本部会員番号				
		所属支部道場	本部・支部 道場			
		フリガナ				
		お名前	印			
		生年月日	西暦 年 月 日(才)	性別	男・女	
		ご住所	〒 -			
		お電話番号				
	緊急 連絡 先	お名前		続柄		
ご住所						
お電話番号						

2.休会復帰申込み記入欄

休 会 復 帰	記入日	平成 年 月 日			
	加入区分	大人(高校生以上) 3,800円	小人(中学生以下) 2,800円		
	本部会員番号				
	所属支部道場	本部・支部 道場			
	フリガナ				
	お名前	印			
	生年月日		性別	男・女	

保険有効期限について

毎年4月1日、または保険有効開始日～翌年3月31日まで有効

提出方法について

本申込書と現金を添えて支部事務局へご提出下さい。

送付先について

ご郵送の場合：〒222-0032 神奈川県横浜市港北区大豆戸町639-2 極真会館医事委員会宛
FAXの場合：045-432-5253