

選手傷害発生届

本人	フリガナ 名 前	性別（男・女）	年 齢	才
			生年月日	西暦 年 月 日
	住 所		電話番号	
	学 校 名		電話番号	
	監 督 名		電話番号	
その他	発生日時	2025年12月 () 午前・午後 時 分	発生場所	
	発生時の 状況		発生後の 状処理	
	受信した 医師		所 在 地 電話番号	
大会本部 使用欄	確 認 者 会場責任者		確認時の 状況	
	その後の 処理			

※傷害の発生時点で、必ず各会場本部へ連絡ください。
また、確認者の署名を得てください。（切り取ってご使用ください。）

◇保険会社 あいおい損保 株式会社アイクレット
〒567-0085 大阪府茨木市彩都あさぎ1丁目2-18
TEL 072-641-1111 FAX 072-641-1112

◇補償内容 死亡 300万円 入院1日 4千円 通院1日 2千円

◇傷害発生届提出先 〒570-0039 大阪府守口市橋波西之町1-5-18
大阪電気通信大学高等学校 内
近畿私立高等学校バレーボール連盟事務局 大西 一嘉 あて
TEL 06-6992-6261 FAX 06-6991-4117
携 帯 090-6980-3989