（附件二）
○○人壽
新旅行平安險 / 新旅行平安傷害醫療保險（無身故給付）
確認表

|  |
| --- |
| 11○學年度○○○校外參訪：○○○ |
| 學生 | 監護人（家長） |
| 姓名 |  | 姓名 |  |
| 身份證字號 |  |
| 生日 |  |
| 學生簽名 |  | 家長簽名 |  |

填表日期：11○年 月 日

填畢請交回○○組。

請勿塗改 (包含簽名) !!