

〈団体薬剤師賠償責任保険 加入依頼票(薬剤師用)〉

重要事項説明書を受領・確認し、個人情報の取扱いに関する説明事項に同意し加入を申し込みます。

ご契約期間	平成30年2月15日午後4時～平成31年2月15日午後4時	
加入依頼人 (被保険者)	氏名	
	住所	
	電話番号	

本加入依頼票に記載された項目は、日本保険薬局協会にて保険契約申込書に転記され、損保ジャパン日本興亜に保険契約申込みがされますので、加入依頼票のご記入にあたっては十分ご注意ください。

被保険者(加入者)明細			
	フリガナ 氏 名	住所	電話番号
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ご注意	
-----	--

保険料(一時払)	2,570 円/人 × () 人 = () 円
----------	---------------------------

備考欄
