

FAX送信先:03-6457-8401

<団体薬剤師賠償責任保険 加入依頼票(薬局経営者用)>

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		2021年2月15日午後4時～2022年2月15日午後4時
加入依頼人 (被保険者)	法人名	
	法人住所	
	電話番号	
	ご担当者名	

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、損害保険ジャパン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。

加入店舗の明細			
	店舗名	店舗住所	店舗電話番号
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注意	請求書発行について
	請求書を <input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない

保険料(一時払)	3,630 円/店 × () 店 = () 円
----------	---------------------------

備考欄
