

郵便局からのご送金と併せて、本申込票を FAX ください。

別送用

FAX 送信先 : 03-5366-2993

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 事務局 宛

公益社団法人日本精神保健福祉士協会
精神保健福祉士賠償責任保険 団体契約加入申込票 (2017 年度)

年 月 日

申込人	氏名	フリ ガナ			
			(印)		
	住所	〒	—		
	TEL				
	日本精神保健福祉士協会 会員番号				
	生年月日	西暦 _____年 ____月 ____日			
性別	男	・	女	年齢	_____ 歳
保険期間	20 _____年 _____月 1 日午後 4 時から 2018 年 11 月 1 日午後 4 時まで				
保険料	_____ 円				
※告知事項	本保険と補償が重複する他の保険契約等に加入していますか？ →有りの場合は下記に記入ください。 ※本項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務（告知義務）があります。故意や重大な過失により、お申し出いただけなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払できないことがあります。ご加入に際して、今一度お確かめください。				
	会社名	保険金額・支払限度額	保険種類	満期日	
				年 月 日	
引受保険会社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社				
補償内容	パンフレットにて記載				