

宛先:株式会社集成社 一般社団法人ジャパンフットケア協会専用プラン 窓口行き
FAX:03-3442-0410

一般社団法人ジャパンフットケア協会専用プラン 見積り依頼書

(法人名・代表者名)	平成 年 月 日
(担当者名)	ご加入をご検討いただきましてありがとうございます。 お見積りは、売上高の情報にもとづき算出いたします ので、大変お手数ではございますが本用紙の該当項 目へご記入の上、取扱代理店までFAXをお願いいたし ます。
(連絡先) Tel:	
Fax:	

従業員数(役職員の合計)	名	店舗数	店	売上高	千円
--------------	---	-----	---	-----	----

※店舗数については店舗で施術を行う会員様のみご記入ください。
売上については客観的に判断できる資料(決算書、青色申告書等)を取扱代理店まで送付願います。
補償内容等については別紙パンフレットをご覧ください、取扱代理店までお問合せください。

【一般社団法人ジャパンフットケア協会専用プラン】 加入依頼書

一般社団法人 ジャパンフットケア協会 御中

申込日	平成 年 月 日
-----	----------

<保険期間>

平成27年6月1日～平成28年6月1日まで

<中途加入の保険期間>

平成 年 月 日 ~

平成28年6月1日まで

申込 人 (法 人)	〒	TEL: - -	FAX: -
	〒		
	(法人・代表者名)		
			申込印 (「重要事項説明書」の内 容確認印兼用)
			印

合計保険料	円
-------	---

同種の他の保険契約はありますか?	有・無	保険会社名	種類/保険金額・支払限度額
過去3年間に5万円以上の損害保険金を請求または受領したことがありますか?	有・無	保険会社名	請求回数/保険金額

L1411118