

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 (2020 年度)

年 月 日

| | | | | |
|---------|---|-----------------------|---------|-------|
| 申込 人 | フリ ガナ | | | |
| | 氏名 | (印) | | |
| | 住所 | 〒 _____ | | |
| | TEL | | | |
| | 日本精神保健 福祉士協会 構成員番号 | | | |
| | 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 2021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参加していますか？ →有りの場合は下記に記入ください。 <small>※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。</small> | | | |
| | 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 | | | |