

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

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 2022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			