



平成30年度民間社会福祉施設賠償責任保険

< 加入依頼書 >

【加入期間：平成 年 月1日～平成31年4月1日】

(↑ご記入ください。)

- (1)本申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXにてご連絡ください。
- (2)申込受付後に請求書を送付いたしますので、必ず期日までに保険料をお支払いください。
(期日までに所定の保険料を支払われたのち補償対象となります。)

<ご加入時の確認事項> 申込者または加入者は、以下の事項を確認・同意のうえ、加入を依頼します。
・重要事項等 (パンフレット) の内容

※同一施設 (所在地も同じ) にて複数の種別を実施の場合は、種別の後ろカッコ () 内に各定員数を記入してください。

施設種別記入例：
就労移行支援 (5)、
就労継続支援B型 (20)

ご加入者	施設名		施設種別※	
	運営主体 (代表者名)		重要事項の内容を確認・同意のうえ、加入依頼書の記載内容にしたがい契約加入を依頼します。	
	住所	〒	印	
	連絡先	TEL	FAX	
	定員数 (複数種別ある場合はその合計人数を記入)	名	(定員数) × 円 = 年間保険料 ※保険料につきましては、「重要事項説明書」をご参照の上、ご記入ください。	
※請求書送付先	施設または団体名			
	ご担当者氏名			
	住所	〒	-	
	連絡先	TEL	FAX	
	※請求書の宛名	施設名を希望： <input type="checkbox"/> 運営主体 (法人名) を希望： <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> ()		

※請求書宛名は、送付先の施設名または団体名のいずれかにチェックまたは具体的にご記入ください。

※所在地の異なる事業所は、所在地ごとに別にお申込みください。