

全理連賠償責任補償制度 加入申込書

私は全理連賠償責任補償共済の制度内容を承知のうえ、加入申込みいたします。
また、加入申込みにあたり、②頁の「個人情報の取扱いに関する説明事項」を確認し、その内容について同意します。

令和 年 月 日

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中
損害保険ジャパン株式会社 御中

組合コード		支部コード		加入者番号	(記入しないでください)		
加入日	令和 年 月 1 日			店名	フリガナ		
店主名	フリガナ			店主生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
店舗所在地	フリガナ						
電話番号	()			椅子台数	台	従業員数	(店主を含む) 人

<ご記入上の注意>

店主名・店名・所在地の欄は必ずカタカナでフリガナをご記入ください。
所在地の番地は〇〇〇 1 - 2 - 3 と数字でご記入ください。

通信欄

理容生活衛生同業組合	理事長		部長		支部長		扱者	
全国理容生活衛生同業組合連合会	理事長	担当役員		事務長	課長	課長補佐		扱者