

FAXにてご送信ください



082-262-1688

広島県医師協同組合

平成 年 月 日

広医株式会社 御中

## 共済相談依頼票

■相談内容(該当するものに☑印をしてください)

- 新規加入を検討したいので、資料を郵送してほしい。
- 新規加入を検討したいので、担当者に説明に来てほしい。
- 共済の見直し、検討をしたいので、担当者に説明に来てほしい。
- その他( )

■新規加入または検討されている共済

(該当するものに☑印をしてください)

- 小規模企業共済(個人事業主・共同経営者の退職金)
- 特定退職金共済(従業員の退職金)
- 休診共済(医師の休業補償)
- 生命共済(医師・医療従事者の生命保険)
- その他( )

記

住 所 〒

氏 名

医 院 名

生 年 月 日

電 話 番 号

※お申し込みいただいた個人情報は、医師協・広医(株)の個人情報保護方針に基づき、医師協・広医(株)及び紹介提携企業等それぞれの責任において管理させていただき、他の目的には一切使用しません。