

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

損害保険相談依頼票

■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、担当者に説明にきてほしい。
- 保険の見直し、検討をしたいので、担当者に説明にきてほしい。
- その他()

■新規加入または検討されている損害保険

(該当するものに☑印をしてください)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 集団扱火災保険 | <input type="checkbox"/> 集団扱自動車保険 |
| <input type="checkbox"/> 団体所得補償保険 | <input type="checkbox"/> 団体長期障害所得補償保険 |
| <input type="checkbox"/> 法人向け医師賠償責任保険 | <input type="checkbox"/> 勤務医医師賠償責任保険 |
| <input type="checkbox"/> 団体医療施設特約 | <input type="checkbox"/> 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。