

『医療関連サービスマーク制度認定業務外・賠償責任保険』
保険料見積依頼シート

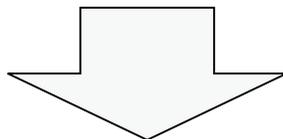
表面

◆お客さま情報をご記入ください

| | | | |
|-----------------|------|--|-------|
| 法人所在地(見積り送付先) | フリガナ | | |
| 〒 | | | |
| 法人名 | フリガナ | | |
| ※代表者名までご記入ください。 | | | |
| ご担当部署 | | | ご担当者名 |
| ご担当者E-mail | | | |
| 電話番号 | | | FAX |

《マーク認定取得業務》

| | 衛生検査 | 院外滅菌 消毒 | 院内滅菌 消毒 | 院内調理患者等 給食 | 院外調理患者等 給食 | 患者搬送 |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| マーク認定取得業務 | <input type="checkbox"/> |
| | 酸素供給装置の 保守点検 | 医療機器 保守点検 | 医療用ガス供給 設備保守点検 | 寝具類洗濯 | 院内清掃 | |
| | <input type="checkbox"/> | |



保険料算出のための必要事項を裏面にご記入ください。

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 損保ジャパンパートナーズ株式会社 団体職域第四部 行 | FAX : 03-5989-0601 |
|-------------------------------|---------------------------|

※ご不明点等はお電話にてお問い合わせください。(03-6837-8851)

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 売上高算出期間(直近会計年度)を ご記入ください | _____年____月____日 ~ _____年____月____日 |
|-----------------------------|-------------------------------------|

◆加入希望の業務内容・事業所情報をご記入ください。

| | | | | | |
|---|-------|---|-------|-------------------------|-------------------------|
| ① | 業務内容 | | 売上高 | 万円 | |
| | 加入希望型 | <input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> C型 <input type="radio"/> D型 | オプション | <input type="radio"/> ① | <input type="radio"/> ② |
| ② | 業務内容 | | 売上高 | 万円 | |
| | 加入希望型 | <input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> C型 <input type="radio"/> D型 | オプション | <input type="radio"/> ① | <input type="radio"/> ② |
| ③ | 業務内容 | | 売上高 | 万円 | |
| | 加入希望型 | <input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> C型 <input type="radio"/> D型 | オプション | <input type="radio"/> ① | <input type="radio"/> ② |

◆業務内容ごとの事業所情報

| | | | | |
|--------------|-------|--|------|--|
| 事業所明細 No1 | 事業所名 | | 業務内容 | |
| | 事業所住所 | | | |
| 事業所明細 No2 | 事業所名 | | 業務内容 | |
| | 事業所住所 | | | |
| 事業所明細 No3 | 事業所名 | | 業務内容 | |
| | 事業所住所 | | | |
| 事業所明細 No4 | 事業所名 | | 業務内容 | |
| | 事業所住所 | | | |
| 事業所明細 No5 | 事業所名 | | 業務内容 | |
| | 事業所住所 | | | |

※業務内容・事業所情報が多数あり記載しきれない場合は、本シートをコピーして使用いただくか、別紙に必要事項を記入のうえ本シートとともに送付ください。