

『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

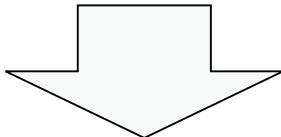
表面

◆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》

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
	<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
カスタマーサポート第一部 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)

保険料見積依頼シートFAX送信期限 2025年12月19日(金)

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	(A型) (B型) (C型) (D型)	オプション	(①) (②)
②	業務内容		売上高	万円
	加入希望型	(A型) (B型) (C型) (D型)	オプション	(①) (②)
③	業務内容		売上高	万円
	加入希望型	(A型) (B型) (C型) (D型)	オプション	(①) (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。