

全日本医薬品登録販売者協会 登録販売者向け賠償責任保険 加入依頼書

全日本医薬品登録販売者協会 御中

2024 年 月 日

貴会が損害保険ジャパン株式会社と締結する下記の保険に加入を申し込みます。
 なお、特段の申し出がない限り、翌年度以降も自動的に継続を希望します。

★太枠内に楷書でご記入下さい。フリガナも必ずご記入下さい。

加入日	2024 年 月 1 日から2025年4月1日まで
------------	---------------------------

1. 申込人氏名	新規	フリガナ <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> 会員番号:
---------------------	----	--

2. 加入対象とする 店舗名	フリガナ <hr style="border-top: 1px dotted black;"/>
-------------------------------	---

3. 勤務先店舗の 住所	〒 — フリガナ <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> 電話: ()
-----------------------------	---

加入を希望する契約に○をつけて下さい

4. 加入を希望する 保険内容 *③へ加入する場合は裏面の「 傷害・交通事故傷害保険被保険者明細書 」を記載ください。	○	①賠償責任保険 (1店舗あたり)	800円
	○	②賠償責任保険 (1勤務者あたり)	500円
	○	③傷害保険 (1名あたり) (従事者数)	1,870円 × 名 = 円
	合計保険料		

(協会記入欄)	(保険会社記入欄)
県コード 支部コード	被保険者番号