

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 決裁印 | 処理印 | 受付印 |
|     |     |     |

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 決裁日:  | 年 | 月 | 日 |
| 証券番号: |   |   |   |

※記入しないでください。

## 施術賠償責任保険 加入申込書

太枠内の項目についてご記入ください

|                                   |  |   |                       |       |                               |           |
|-----------------------------------|--|---|-----------------------|-------|-------------------------------|-----------|
| 申込日 <sup>※1</sup>                 | 平成   | 年 | 月                     | 日     | KMSサポート<br>会員番号 <sup>※1</sup> |           |
| フリガナ <sup>※1</sup>                |  |   |                       |       |                               |           |
| 氏名 <sup>※1</sup>                  |  |   |                       | Ⓜ     | 性別 <sup>※1</sup>              | 1. 男 2. 女 |
| 生年月日 <sup>※1</sup>                | 1. 大正<br>2. 昭和<br>3. 平成  |   | 年                     | 月     | 日                             | (満 歳)     |
| フリガナ <sup>※1</sup>                |  |   |                       |       |                               |           |
| 自宅住所 <sup>※1</sup>                | 〒 —<br>ビル名( )  |   |                       |       |                               |           |
| 自宅電話番号 <sup>※1</sup>              |  |   | 携帯電話番号 <sup>※1</sup>  |       |                               |           |
| FAX番号                             |  |   | メールアドレス <sup>※1</sup> |       |                               |           |
| フリガナ <sup>※1※2</sup>              |  |   |                       |       |                               |           |
| 勤務先店舗名 <sup>※1※2</sup>            |  |   |                       |       |                               |           |
| フリガナ <sup>※1※2</sup>              |  |   |                       |       |                               |           |
| 勤務先店舗住所 <sup>※1※2</sup>           | 〒 —<br>ビル名( )  |   |                       |       |                               |           |
| 勤務先電話番号 <sup>※1※2</sup>           |  |   |                       | FAX番号 |                               |           |
| 書類送付先 <sup>※1</sup>               | 1. 勤務先 2. ご自宅 3. その他( )  |   |                       |       |                               |           |
| 対象業務 <sup>※1※3</sup><br>(複数チェック可) | <input type="checkbox"/> 柔道整復師業務 (登録番号 )<br><input type="checkbox"/> 鍼灸・あん摩マッサージ業務 (鍼…登録番号 )<br>(灸…登録番号 ) (あん摩マッサージ…登録番号 )<br><input type="checkbox"/> 理学療法士 (登録番号 )<br><input type="checkbox"/> カイロプラクティック、整体、リラクゼーション、リフレクソロジー業務 |   |                       |       |                               |           |

※1 必ずご記入ください。

※2 勤務先が複数ある場合は、施設保険を付帯する住所の勤務先をご記入下さい。

※3 国家資格所有者は、免許証に記載してあります番号をご記入頂き、免許証のコピーを提出して下さい。

(万一、事故が起きた場合に確認させて頂くことがあります。)