

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。

施設賠償責任保険 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 ^{※1}	平成	年	月	日	KMSサポート 会員番号 ^{※1}	
フリガナ ^{※1}						
氏名 ^{※1}				印	性別 ^{※1}	1. 男 2. 女
生年月日 ^{※1}	1. 大正 2. 昭和 3. 平成		年	月	日	(満 歳)
フリガナ ^{※1}						
自宅住所 ^{※1}	〒 ー ビル名()					
自宅電話番号 ^{※1}			携帯電話番号 ^{※1}			
FAX番号			メールアドレス ^{※1}			
フリガナ ^{※1}						
登録店舗名 ^{※1}						
フリガナ ^{※1}						
登録店舗住所 ^{※1}	〒 ー ビル名()					
登録店舗電話番号 ^{※1}				FAX番号		
書類送付先 ^{※1}	1. 店舗先 2. ご自宅 3. その他()					
対象業務 ^{※1} (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 柔道整復師業務 (登録番号) <input type="checkbox"/> 鍼灸・あん摩マッサージ業務 (鍼…登録番号) (灸…登録番号) (あん摩マッサージ…登録番号) <input type="checkbox"/> 理学療法士 (登録番号) <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 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。)