

記入日： 年 月 日

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会 宛

総合補償制度 「加入内容変更依頼書」

下記の通り、「総合補償制度」の加入内容の変更を依頼します。

会員番号：	変更日： 年 月 日 (記入日以降の日付をご記入ください)
-------	-------------------------------

変更事由： 加入内容の変更 コース・プランの変更

■開設者コースに加入されている方は、現在のご加入状況をご記入ください。

加入申込者	法人名・肩書・代表者名 または 屋号・個人事業主名	
被保険者	施設名	施設の開設者名

以下、変更をご希望する項目のヘチェックのうえ、変更後の内容をご記入ください。

加入申込者	<input type="checkbox"/> 肩書・代表者名	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 住所	〒
被保険者	<input type="checkbox"/> 施設名	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 施設の開設者名	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 住所	〒
事務担当者	<input type="checkbox"/> 担当者名：	<input type="checkbox"/> 住所： <input type="checkbox"/> 加入申込者と同じ <input type="checkbox"/> 施設と同じ
	<input type="checkbox"/> TEL：	<input type="checkbox"/> FAX：
	<input type="checkbox"/> E-mail：	

■勤務医コースにて加入されている方は、現在の加入内容をご記入ください。

加入者	氏名：	㊟
-----	-----	---

以下、変更をご希望する項目のヘチェックのうえ、ご記入ください。

加入者	<input type="checkbox"/> 氏名 (改姓等)	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 主な勤務先名	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 加入者の住所	〒
	<input type="checkbox"/> TEL：	<input type="checkbox"/> FAX：
	<input type="checkbox"/> E-mail：	

■コース・プランの変更をされたい方は下記よりお選び下さい。(※別途加入依頼書・対象医師一覧等の提出をお願いします)

現在のコース	開設者(<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人) <input type="checkbox"/> 勤務医	変更後のコース	開設者(<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人) <input type="checkbox"/> 勤務医
現在のプラン	<input type="checkbox"/> 100万円 <input type="checkbox"/> 200万円 <input type="checkbox"/> 500万円 <input type="checkbox"/> 1000万円	変更後のプラン	<input type="checkbox"/> 100万円 <input type="checkbox"/> 200万円 <input type="checkbox"/> 500万円 <input type="checkbox"/> 1000万円

注意事項

★この「加入内容変更依頼書」は協会宛ご郵送をお願いします。尚、宛先シールを協会ホームページよりダウンロードできます。

ご連絡先ならびに郵送先

〒102-0082
 東京都千代田区麹町1-6-6 プルミエ麹町ビル7F
 TEL：03-6380-4771
 一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会

*当協会は個人情報を取り扱うにあたり、その利用目的を協会事業に限定します。ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱うことはありません。詳しくはHPの「個人情報保護方針について」をご覧ください。