



株式会社コーセイ 宛

## 介護事業者総合保険制度 資料請求申込書

ご希望の内容にチェックのうえ、FAXにてお送り下さい。

↓

- 『介護事業者総合保険制度』の専用パンフレット・加入依頼書をお送りください。
  - 『介護事業者総合保険制度』の説明（電話）を希望します。
- ※本制度に新規にお申し込みいただけるのは、介護保険指定事業者にかぎらせていただきます。

年 月 日

フリガナ						
事業所名						
ご住所	〒 -					
ご連絡先	TEL	-	-	FAX	-	-
ご担当者名						

備考	ご質問等がございましたらご記入ください
----	---------------------

※ご記入いただきました個人情報は資料の送付、ご連絡以外の目的には利用しません。