

介護事業者様用

申込書類が必要な事業者様は、当該用紙にご記入いただき、下記、全福サービスまでFAX送信してください。



FAX 送信票

送 信 先：（株）全福サービス

FAX番号：03-3258-8878

法 人 名 (事業所名)			
書類の送付先	〒		
ご 担 当 者 名		ご 連 絡 先	
現在指定を受けている、あるいは指定を受ける予定の介護保険法に基づくサービス、障害者総合支援法に基づくサービス等をご記入ください。		例) 訪問介護	

ご希望の保険種類に○をしてください。 申込書類一式（パンフレット・依頼書・振込口座）を送付いたします。		
保 険 種 類	賠償責任補償制度	
	傷害補償制度 *感染症見舞金制度をオプションとしてつけることが出来ます	
	情報漏えい保険	

当社の保険をどのような方法でお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> 介護労働安定センター紹介 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他ご連絡事項等