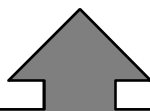


## 介護事業者様用

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	

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・振込用紙）を送付いたします。

保険種類	賠償責任補償制度	<input type="checkbox"/>
	傷害補償制度 <small>*感染症見舞金制度をオプションとしてつけることができます</small>	<input type="checkbox"/>
	個人情報漏えい保険	<input type="checkbox"/>

当社の保険をどのような方法でお知りになりましたか。  
 介護労働安定センター紹介    HP    知人の紹介    その他（                            ）

その他ご連絡事項等
-----------