

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・振込用紙）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 | |
| | 個人情報漏えい保険 | |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |