



FAX 送信票

送 信 先：（株）全福サービス

F A X 番 号：03-3258-8878

保険料のお振込み先は、法人様ごとに口座番号を設定しております。

新規お申込み、または専用口座がご不明な場合は、下記にご記入の上、加入依頼書とともに全福サービスまで FAX 送信してください。のちほど振込先をご案内いたします。

該当の項目にレを付けてください	☐ 更新	☐ 新規	☐ 事業追加
法 人 名			
事 業 所 名			
住 所	〒		
電 話 番 号			
ご希望の口座の 連絡先に○を してください		FAX 番号	
		Mail アドレス	
担 当 者 様			
◆新規お申込みの場合◆ 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	
連絡事項			