

全国商工会議所の業務災害補償プラン 会員番号確認書

平成 年 月 日

新津商工会議所 御中

取扱い損保会社名 _____

取扱い代理店名 _____

担 当 者 _____ 印

会議所 受付番号		受 付 担当者	
-------------	--	------------	--

弊社が下記事業所と交渉している「全国商工会議所の業務補償プラン」について、当事業所は新津商工会議所会員事業所に相違なく、加入に必要な「会員番号」についてお知らせ願います。

記

以下の太枠内をご記入下さい。

会員加入年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日入会
会員番号	
事業所名	(ふりがな)
代表者名	(ふりがな) (生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日)
所在地	(〒 -)

- * 申請はご本人、取り扱い損保会社並びに取扱い代理店の担当者に限ります。
- * 有効期間は発行日より30日以内です。
- * 商工会議所の受付担当者の記名なきものは無効です。
- * 記載頂いた情報は本件以外の目的には使用いたしません。