

FAX SHEET

075-212-0707

京都府保険医協会

針刺し事故感染症見舞金補償プラン 加入連絡票

地区名：

医療機関名：

会員名：

連絡先電話番号：

◇下記のご希望項目に☑をつけて下さい。◇

☐①保険申込書の送付を希望

☐②詳しい説明を聞きたい

☐A 電話による説明

☐B ご訪問による説明

☐③保険料の見積もりを希望

	職種	コース名	申込人数
A	医師・看護師等医療従事者(薬剤師を除く)	I	人
		II	人
		III	人
B	薬剤師	I	人
		II	人
		III	人
C	事務職等非医療従事者	I	人
		II	人
		III	人