

# 臨床検査技師賠償責任保険

パンフレット・加入依頼書請求用紙

空欄全てにご記入の上、この用紙のみファクシミリで送信してください。

## FAX.0120-782279

(ふりがな) お名前	
日臨技会員番号	会 員 会員番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 入会検討中
送り先ご住所	(ご自宅・勤務先) どちらかに をつけてください。 〒 -

お預かりしたお客様の情報は、ご依頼のあったパンフレット・加入書類の郵送以外に利用することはありません。なお、ご加入に当たっての個人情報のお取扱いについては、お送りするパンフレットをご覧ください。