

(株)メディックプランニングオフィス 宛

## 「細胞検査士賠償責任保険」 変更届

ご記入日: 令和 年 月 日

私は、現在加入している「細胞検査士賠償責任保険」について、以下の変更をいたします。

|                |        |   |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|
| 細胞検査士会 会員番号    | C      | T |  |  |  |  |  |  |
| 加入者兼<br>被保険者氏名 | (フリガナ) |   |  |  |  |  |  |  |
|                |        |   |  |  |  |  |  |  |

### ◆ 変更内容 (変更箇所のみご記入ください)

|        |  |
|--------|--|
| (フリガナ) |  |
| 氏 名    |  |
| (フリガナ) |  |
| 自宅住所   | 〒 —  |
| 自宅電話番号 | — —  |
| 所属施設名  |  |
| 振替口座   | <input type="checkbox"/> 変更する <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">※口座を変更する場合は、変更するに○をつけ、本紙の他に「口座振替依頼書」を同封してください。</span> |

※本紙の内容に関するお問い合わせ電話番号

(携帯・自宅・職場) TEL: — — (内線 )

※本紙を郵送またはFAXで下記までお送りください。(口座変更の場合は郵送のみ)

(株)メディックプランニングオフィス

〒104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 新川佐野ビル 3F

FAX番号: 0120-035466