



このままFAXしてください。【 FAX: 026-243-9122】

イフ・ジャパン 行き

【 看護職賠償責任保険】 F A X 照会票

加入を検討したいので詳細資料(パンフレット・申込書等)
を送って欲しい

詳しい説明を聞きたいので連絡して欲しい

【連絡希望日時】 月 日(曜日) 午前・午後 時 分頃

その他 ()

ご住所	〒
電話番号	()
FAX番号	()
E-mail	
お名前	フリガナ
生年月日	昭和 年 月 日 生まれ 歳

上記にご記入いただいた事項は、保険商品や保険に関する各種ご案内に利用させていただきます。なお、ご案内を作製するために必要な範囲内で、ご記入いただいた事項を、有限会社イフ・ジャパンが損害保険代理店委託契約を締結している株式会社損害保険ジャパンに提供することがありますので、ご同意のうえご記入ください。

取扱代理店：株式会社 イフ・ジャパン

〒381-0031 長野市西尾張部1064-4

TEL: 026 (243) 6808 FAX: 026 (243) 9122

引受保険会社：株式会社損害保険ジャパン 長野支店 長野支社

〒380-0816 長野市三輪武井1313-11 TEL 026-235-8001