【ワイドサポート制度 加入申込書】

一般社団法人 日本医療・美容研究協会　御中

申込日　令和　　年　　月　　日

＜重要事項説明書＞を十分理解したうえで契約内容に同意し、下記申込をいたします。

申込人	フリガナ (住所)〒□□□ー□□□□		
	フリガナ (法人・代表者名)	☎ TEL	

店舗情報	フリガナ (店舗名)	☎ TEL FAX	
	フリガナ (住所)〒□□□ー□□□□		
	(建物の構造)　1.鉄筋コンクリート　2.鉄骨耐火被覆造　3.鉄骨造 4.木造　5.その他 (　　)		
	(階数) ＿＿地上＿＿階地下＿＿階のうち＿＿階	(主な施術)	
	(店舗専有面積) ＿＿＿＿＿＿㎡	(施術を行う従業員数) ＿＿＿＿＿＿人	
	同種の他の保険契約はありますか?	有 ・ 無	(保険会社名)	(種類／保険金額・支払限度額) ／
	過去3年間に5万円以上の損害保険金を請求または受理したことがありますか?	有 ・ 無	(保険会社名)	(請求階数／保険金額) ／

ご加入プラン (○で選択)	脱毛ありプラン	脱毛なしプラン	オプション A・B・C・D

＜制度開始年月日について＞

お手続き完了後(本加入申込書の受理、ご入金の確認後)の適用となります。
開始日からの月内残日数に関わらず、1カ月分の制度費用が掛かります。日割り計算はございません。
お手続き完了後、開始年月日についてご連絡をいたします。

※一般社団法人 日本医療・美容研究協会加盟店でありかつ美容目的の施術を行っている
　エステティックサロン及び美容院がご加入対象となります。
※内容の詳細は、別紙パンフレット、プラン表などをご確認ください。
※テナント総合保険(オプション)は、別途保険会社の申込書が必要となります。

FAX 045-410-1611

協会担当