

取扱事業者会員 更新・退会用紙

【必須】 申請内容	<input type="checkbox"/> 情報更新 <input type="checkbox"/> 退会 ※退会にチェックを入れた方は、退会申請欄の理由にも必ずチェックを入れてください。
------------------	---

※必須項目(法人名または個人事業主名)と、情報更新がある箇所をご記入ください。

住所	〒 -		
【必須】 フリガナ ※ 法人名 (法人でない場合は個人代表者名)			
フリガナ 代表者氏名 (法人名記入の場合)			
フリガナ 部署及び担当者名 (法人名記入の場合)			
TEL:	携帯:	FAX:	
E-Mail	PC:		
	携帯:		
従業員数(合計) ※2	(現在の加入人数)	人 →	(変更後の人数) 人
職種 (該当するものに☑を入れて下さい)※複数回答可	<input type="checkbox"/> トリミング <input type="checkbox"/> ホテル <input type="checkbox"/> シッター <input type="checkbox"/> トレーニング <input type="checkbox"/> カフェ <input type="checkbox"/> 無麻酔歯石除去 <input type="checkbox"/> フィットネス <input type="checkbox"/> その他()		
保険加入歴について	過去に同じような保険に加入していたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
SAE HPへの掲載について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 希望する場合はURLをご記入ください(
退会申請 【退会の方は必須】	理由: <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 廃業		

- ※1 保険加入完了後に発行される賠償責任保険契約明細書には、法人名及び代表者氏名(法人でない場合は個人代表者名)が記載されます。
- ※2 正社員、契約社員、パートタイマー、14日を超えて使用されている試用期間中の従業員やアルバイト社員(労基法21条において解雇予告が必要とされている者)その他、実務に携わっている役員の人数をご申告ください。入会を申請する全事業所の合計人数をご記入ください。
- ※3 その他にご記入の場合は、具体的に業務をお書きください。
- ※ 保険加入歴に「はい」を付けた方には、お問い合わせさせていただくことがありますので、予めご了承ください。
- ※ 従業員数は、正確な人数をご申告ください。監査が入る場合がありますのでご注意ください。

事業所名	所在地	TEL	従業員数 (内訳)
〒 -			人
〒 -			人
〒 -			人

【取扱事業者会員 更新にあたってのご案内】

- 入会人数に情報更新がある場合、当協会より請求書を再発行させていただきます。お早めにご申告ください。
- 原則ご入金された年会費の返金は致しかねますので予めご了承ください。
- 賠償責任保険についてご不明な点につきましては、株式会社エム・アイ・プラン(取扱代理店)までお問い合わせください。
 (大阪本社・受付ダイヤル) TEL: 06-6577-2700 FAX: 06-6577-3200 受付時間:(月～金)09:00～17:30(土日)10:00～18:30※祝祭日休み
 (東京支社・受付ダイヤル) TEL: 03-6435-7770 FAX: 03-6435-7711 受付時間:(月～金)09:00～17:30(土日)10:00～18:30※祝祭日休み

【申請先】



住所: 〒104-0061 東京都中央区銀座2-10-5 銀座オオイビル5F
 TEL: 03-5565-0533 FAX: 03-5565-0544
 E-mail: sae@zennitido.com URL: https://www.zennitido.com