

JAC正会員各位

いつも大変お世話になっております。

加口賠償保険加入ご案内

補償額 : 1億円

補償内容 身体: 1名に付 1億円
財物: 1事故に付 500万円
(共通免責3万円)

支払額 : 18000円(12/1 ~ 1年間)
:: 中途加入の際は右記を参照してください。

中途加入額	加入月	支払額
	1/1 ~	17,000
	2/1 ~	15,500
	3/1 ~	14,000
	4/1 ~	12,500
	5/1 ~	11,000
	6/1 ~	9,500
	7/1 ~	8,000
	8/1 ~	6,500
	9/1 ~	5,000
	10/1 ~	3,500
	11/1 ~	2,000

*住所 : 自宅住所をご記入ください。

*住所 : 治療院住所/治療院名をご記入ください。治療住所が複数あるときは、全部記入してください(出勤曜日は不要です)

*郵送物の受け取り住所にチェックをつけてください。

*DKFにて引落しの先生は、請求書送付にてご案内いたします。

*DKFを利用されていない先生は、請求書を送付致しますので送金をお願いします。

*JAC関係の加口賠償保険は、全てジェーシーエイ企画が取り扱い窓口になっております。

*加入者証は2~3ヵ月後代理店より直接送付されます。

*事故対応には実費がかかります。

振込先
みずほ銀行 新橋中央支店
普通口座 2062466
口座名義 (有)ジェー・シー・エイ企画

日本カイロプラクティック総連盟
(有)ジェーシーエイ企画

〒105-0004東京都港区新橋6-20-11 1Kビル5F
TEL 03-3578-9318 FAX 03-5401-0956

担当 上平

日本カゴプラクティック総連盟(有)ジェーシーエイ企画
担当 上平へ
〒105-0004東京都港区新橋6-20-11 IKビル5F
TEL 03-3578-9318 FAX 03-5401-0956

カゴ賠償保険(1億円型)申込用紙

申請日 年 月 日

加入月 年 月 1日～ 年11月30日

カガナ
氏名

生年月日

〒
カガナ
住所 ・自宅

TEL FAX

〒
カガナ
住所
治療院名

TEL FAX

〒
カガナ
住所
治療院名

TEL FAX

昼間連絡のとれる電話番号及び携帯電話