

- ご加入内容に異動・変更等がある場合には、まずこの連絡票をFAXしてください。
こちらから必要手続きについてご案内させていただきます。

福岡県精神科病院協同組合

看護職賠償責任保険連絡票

(本連絡票はコピーしてご使用くださいますようお願いいたします。)

【連絡先】 有限会社DMS

FAX : 092-525-7668 (TEL : 092-525-7666)

ご報告日 (年 月 日)

変更項目に○印して下さい。

1 住所変更・・・変更日 (年 月 日) 下欄に新住所をご記入ください。

新住所	〒 -
新電話番号	

2 勤務先変更・・・変更日 (年 月 日) 下欄に新・旧の病院名をご記入ください。

新勤務先病院名 ※勤務先変更の場合		旧勤務先病院名 ※勤務先変更の場合	
新勤務先住所	〒		
電話番号		FAX番号	

3 その他 (補償内容の変更等、ご希望の変更内容をご記入ください。)・・・折り返しご連絡いたします。

--	--	--	--

ご加入者名		所属病院名	
住宅住所	〒		
電話番号		携帯番号	