



FAXにてご送信ください

023-666-5301

山形県医師会協同組合 行

年 月 日

共済相談ご依頼票

■相談内容(該当するものに 印をしてください)

- 新規加入を検討したいので、資料を郵送してほしい
- 新規加入を検討したいので、担当者に説明にきてほしい
- 共済の見直し・検討をしたいので、担当者に説明にきてほしい
- その他

■新規加入または検討されている共済(該当するものに 印をしてください)

- 小規模企業共済(個人事業主・共同経営者の退職金準備)
- 休診共済(医師の休業補償)
- 生命共済(医師・医療従事者の生命保険)
- その他()

医院名	
ご住所	〒
お電話番号	
ご氏名	

※お申込みいただいた個人情報は、医師会協同組合及び医師会協同組合指定保険代理店(有)カスミ山形にて管理し、他の目的には一切使用いたしません。