



FAXにてご送信ください

023-666-5301

山形県医師会協同組合
有限会社カスミ山形 行

年 月 日

生命保険相談ご依頼票

■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、担当者に説明に来てほしい
- 保険の見直し・検討をしたいので、担当者に説明に来てほしい
- その他

■検討されている保障内容(該当するものに 印をしてください)

- 病気になったときの保障
- 老後の保障
- 家族に残すお金について
- 従業員様の福利厚生
- 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。