

申込日： 年 月 日

パルシステム協力会
ふれあい保障制度事務局行
TEL:03-3232-2460 FAX:03-3232-2467

パルシステム協力会 ふれあい保障制度加入申込票

※太枠内にご記入、ご捺印のうえ、事務局(株)パルふれあいサービスまでご返送下さい。
(ご返送前にFAXいただければ、それをもってご請求書の発行も可能です。)

所在地(フリガナ)		
会社名・代表者名(フリガナ)		代表印 
担当部署名	担当者名	TEL: - - FAX: - -
ご 加 入 人 数(原則として全従業員一括加入)		
【社員】 名	【パート・アルバイト】 名	【合計】 (昨年 名) 名
上記人数は20 年 月 日現在の人数であることを通知します。		

制度掛金お支払い方法	
年一括振込	ご加入人数分のご請求書をお送りさせていただきます。

事務局使用欄

事務局チェック欄	補償開始日 年 月 日	制度掛金 円 ※ 3,600円/1名×合計人数	
引受保険種目 約定履行保険(補償制度費用保険)		引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社	