

公益社団法人香川県食品衛生協会入会申込書

令和 年 月 日

申請者住所	〒
申請者氏名	
(法人にあつては名称、および代表者氏名)	
申請者電話番号	
営業所所在地	〒
営業所名・屋号	
営業所電話番号	

食品営業賠償共済団体加入受付票

令和 年 月 日

共済期間開始日	令和 年 月 日			
屋号	(フリガナ)			
加入者氏名	(フリガナ)			
営業所在地				
電話番号		携帯電話番号 ※ 必須		
業種		年間売上高	万円	共済掛金
コース	R W F S	口数	口	円
休業補償特約 (Sは必須)	有 ・ 無	年間売上高	万円	円
傷害補償特約 (Sは必須)	有 ・ 無	年間売上高	万円	円
現金盗難等補償特約	A B C	プラン毎掛金×拠点係数(店舗数) ()円×()		円
旅館宿泊者賠償特約	有 ・ 無	宿泊者定員()名×100円		円
次年度からの 口座振替の希望	有 ・ 無	所属組合		合計

受付者印

--