

**「診療放射線技師賠償責任保険」
変更届**

◆ 記入日 年 月 日

◆ 変更内容

会 員 番 号						
加 入 者 兼 被保険者氏名	フリガナ					
自 宅 住 所	フリガナ					
	〒 ー					
電 話 番 号	ー ー					
所 属 施 設 名						

※ 本紙の内容に関するお問合せ電話番号

(攜帶・自宅・勤務先) TEL: _____

〔ご記入上のご注意〕

- 会員番号・氏名・お問い合わせ電話番号は必ずご記入ください。
- その他は、変更箇所のみご記入ください。なお、市町村の合併等による表記が変わった場合も、お手数ですが住所欄に新表記による住所をご記入くださいますようお願い申し上げます。
- 本紙1枚を下記フリーダイヤルまでFAXまたはメールにて送信ください。

FAX フリーダイヤル：0120-226355

メール：hoshasen@medic-office.co.jp