

申込日： 年 月 日

**美容医療麻酔過誤賠償責任共済加入申込書**

一般社団法人日本美容医療リスクマネジメント協会が別途定める定款を確認し、共済の申込を致します。

契約者 医院・病院 個人・法人	ご住所：〒
	TEL： FAX：
	E-mail：
	医院名・病院名： 個人名・法人名： 代表者名： 印 肩書（理事長・代表）

被共済者	上記と同じ場合もご記入ください。
<input type="checkbox"/> 麻酔プラン A <input type="checkbox"/> 麻酔プラン B <input type="checkbox"/> 麻酔プラン C1+C2	ご住所：〒
	TEL： FAX：
	E-mail：
	お名前：
<input type="checkbox"/> 麻酔プラン A <input type="checkbox"/> 麻酔プラン B <input type="checkbox"/> 麻酔プラン C1+C2	ご住所：〒
	TEL： FAX：
	E-mail：
	お名前：
<input type="checkbox"/> 麻酔プラン A <input type="checkbox"/> 麻酔プラン B <input type="checkbox"/> 麻酔プラン C1+C2	ご住所：〒
	TEL： FAX：
	E-mail：
	お名前：

- (1) 麻酔過誤賠償責任共済に加入するには、総合補償制度に加入しなければなりません。
- (2) 麻酔過誤賠償責任共済は、ルネッサンス・リーに再保険を付けています。
- (3) 再保険の引受け条件は、基本的に同社の英文約款（和訳付き）に拠ります。
- (4) 契約者は、個人・法人クリニック代表者、個人・法人病院代表者、および麻酔専門医・指導医に限ります。
- (5) 被共済者は、施術医および麻酔専門医・指導医です。1被共済者ごとに掛け金が必要です。皮膚科は局所麻酔のみが補償対象です。形成外科は全身麻酔または局所麻酔を補償対象としています。
- (6) 全身麻酔の補償対象は麻酔専門医・指導医が行うものとしています。
- (7) 局所麻酔とは、薬剤の極量が 1mg/kg/hr の範囲内のことを言います。

**E-mail : jamla@biyoukyosai.jp**  
**TEL 03-6380-4771 FAX 03-6893-6500**  
**フリーダイヤル 0120-961-069**

\*当協会は個人情報を取り扱うに当たり、その利用目的を協会事業に限定します。ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱うことはありません。詳しくはホームページの「個人情報保護方針について」をご覧ください。