

記入日： 年 月 日

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会 宛

「加入内容 変更依頼書」(開設者コース)

下記の通り、「美容医療・医師賠償補償制度」の加入内容の変更を依頼します。

会員番号：	変更日： 年 月 日
-------	------------

(記入日以降の日付をご記入ください)

■開設者コース：＜現在＞の加入申込者・被保険者（施設名）・施設の開設者をご記入ください。

加入申込者	法人名・肩書・代表者名 または 屋号・肩書・個人事業主名	
被保険者	施設名	施設の開設者（責任者）名

以下、変更をご希望する項目の□へチェックのうえ、変更後の内容をご記入ください。

加入申込者	<input type="checkbox"/> 法人名 または 屋号	フリガナ：	
	<input type="checkbox"/> 肩書・代表者名	フリガナ：	
	<input type="checkbox"/> 肩書・個人事業主名		
	<input type="checkbox"/> 生年月日	(西暦)	年
被保険者	<input type="checkbox"/> 住所	〒	
	<input type="checkbox"/> 施設名	フリガナ：	
	<input type="checkbox"/> 施設の開設者(責任者)名	フリガナ：	<input type="checkbox"/> 医籍番号
	<input type="checkbox"/> 住所	〒	
	<input type="checkbox"/> TEL：	<input type="checkbox"/> FAX：	
	<input type="checkbox"/> E-mail：		
	<input type="checkbox"/> 担当者名	フリガナ：	
事務担当者			

★ご提出について

本紙『加入内容変更依頼書（開設者コース）』は協会宛[メール送信]または[FAX送信]をお願いいたします。

※メールやFAX送信ができない場合はご郵送をお願いいたします。

【ご連絡先】

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会
〒102-0083 東京都千代田区麹町1-6-6 プルミエ麹町ビル7F
TEL：03-6380-4771
FAX：03-6893-6500
E-mail：jamla@biyoukyosai.jp

*当協会は個人情報を取り扱うにあ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扱うことはありません。
詳しくはHPの「個人情報保護方針について」をご覧ください。

20230701 (Ver1.0)