

送信面
(オモテ)

FAX 03-5203-1663

日本眼鏡安全協会
「新PL保険補償制度保険料見積依頼票」

年 月 日

登録番号			
住所	〒		
貴社名			
代表者名			
連絡先及び ご担当者名	TEL		担当者名
	FAX		役職名

売上高2億円超、「自社ブランド」及び「直接輸入品」の取り扱い、宝飾品・時計・光学機器等の取り扱いのある組合員の方は、下記にご記入の上、FAXにてご依頼ください。

※ コンタクト・補聴器・自社ブランド・直接輸入品・その他製品取扱の有無は必ずご記入願います。

○保険料のお問合せ	
前年度売上高 (正確にご記入下さい)	_____円 (決算月 月)

内訳

※ 売上高内訳を下記にご記入ください。

眼鏡販売 売上高 (コンタクト補聴器含)		コンタクト・補聴器 の取扱い	
	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		_____,000,000 円
「自社ブランド」及び 「直接輸入品」の売上高	<input type="radio"/> あり	自社ブランド 売上高	_____,000,000 円
	<input type="radio"/> なし	直接輸入品 売上高	_____,000,000 円
その他製品取扱 (宝飾品、時計、光学機器等)	<input type="radio"/> あり	宝飾品等 売上高	_____,000,000 円
	<input type="radio"/> なし	時計等 売上高	_____,000,000 円
	<input type="radio"/> なし	光学機器等 売上高	_____,000,000 円

※各売上高には、付属製品(電池、修理・交換、関連商品)の売上高も含まれます

○ご質問事項など	
○回答欄	