

常勤役員・非常勤役員災害補償保険 加入者名簿

本書式の記載を以ってご加入の確認をいたします。必ずご加入者様1名ずつの記載をお願いいたします。

法人名	
-----	--

	氏名	加入内容	生年月日	性別	自宅住所	☆役職名 (職業・職務) (常勤役員のみ)	職種級別	★他の同様の保険契約等の加入
1		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
2		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
3		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
4		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
5		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
6		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
7		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
8		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
9		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無
10		常勤役員・非常勤役員	大正昭和平成 年 月 日	男・女			A・B	有・無

欄が不足する場合は、本用紙をコピーしてお使いください。