

FAX 送信先：03-5645-5557

(日本テントシート工業組合連合会 補償制度担当 有限会社 ORIGIN)

「テント工連 賠償補償制度」申込見積依頼書

必要事項をご記入の上、上記送信先へ FAX をお送りください。

会員名	
所在地	
担当者様お名前	
連絡先	

以下の3つの質問等にご回答・ご対応をお願いします。

※今回記入していただく内容は、ご加入に関する重要な事項です。これらの告知事項が事実と異なっていたり、事実が記載されていないときは、ご契約解除あるいは保険金が支払われない等の場合がありますのでご注意ください。

1. 直近の年間売上高を教えてください。

工事業・ビルメンテナンス業・テント製品製造、販売以外の業務を行っている場合は、下記に業務名及び売上をご記入ください。
(例：飲食業 等)

千円

:

千円

2. 上記の年間売上高に占める“完成工事高”の割合は、次のいずれに該当しますか？

50% 以上

50% 未満

3. 直近の『損益計算書』を一緒にお送りください。

お電話でのお問い合わせは

TEL：03-5645-5556 (日本テントシート工業組合連合会 補償制度担当 有限会社 ORIGIN)

