

疎開保険お申込書
(ご記入いただいた情報は目的以外には使用いたしません。)

記入日：令和 年 月 日

該当コースを○で囲んでください。

コース	1人コース ファミリー2人コース ファミリー3~4人コース
-----	-------------------------------------

- お客様の情報をご記入ください。 -

代表者			
ふりがな			
お名前			
ご住所	〒 -		
生年月日 ※西暦		性別	
お電話番号		ファックス	
メールアドレス			
医療的特記事項等			

2人目			
ふりがな			
お名前			
ご住所 ※代表者と同じ場合は記入不要	〒 -		
生年月日 ※西暦		性別	
お電話番号		ファックス	
医療的特記事項等			

- 裏面に続きます。 -

3人目			
ふりがな			
お名前			
ご住所 ※代表者と同じ場合は記入不要		〒 -	
生年月日 ※西暦			性別
お電話番号		ファックス	
医療的特記事項等			

4人目			
ふりがな			
お名前			
ご住所 ※代表者と同じ場合は記入不要		〒 -	
生年月日 ※西暦			性別
お電話番号		ファックス	
医療的特記事項等			

ご記入いただいた本用紙は、下記連絡先までご送付ください。
後日担当よりお手続きをご案内させていただきます。

<書類送付先>

〒689-1402

鳥取県八頭郡智頭町智頭2072番地3

鳥取県智頭町役場

企画課 疎開保険担当

TEL : 0858-75-4112

FAX : 0858-75-1193

Mail : y-hashimoto@town.chizu.lg.jp