

# 美容医療賠償責任保険お問い合わせフォーム

美容医療賠償責任保険のご案内を希望される方は、下記にチェックを付けてFAXにてご送信ください。

- 美容医療賠償責任保険の資料請求をしたい
- 美容医療賠償責任保険の問い合わせをしたい
- 美容医療賠償責任保険の申込をしたい

医院・病院名	
院長・代表者名	
部署・ご担当者名	
T E L	
F A X	
E - m a i l	
連絡希望方法	<input type="checkbox"/> TEL 連絡可能な時間帯（ <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> お昼 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 18時以降）
	<input type="checkbox"/> メール
ご住所	
お問合せ番号（※）	

（※）チラシ・案内文書をご覧になった場合は、記載されている「お問合せ番号」（5桁の数字）をご記入ください。

＜引受保険会社＞ユニバーサル少額短期保険株式会社

（関東財務局長（少額短期保険）第33号）

〒113-0034 東京都文京区湯島2丁目9-10 湯島三組ビル

FAX：03-3831-8451