

# リスクマネジメントサービス相談依頼書

日付	平成    年    月    日
会員番号	JK ・ FJ ・ SJ -
施術所名	TEL : FAX :
担当者名	

【相談内容】	
全プラン	<input type="checkbox"/> 交通事故
ベーシック アドバンス	<input type="checkbox"/> 行政・保険者 <input type="checkbox"/> セクハラ・パワハラ <input type="checkbox"/> 施術事故・クレーム <input type="checkbox"/> 賃貸
アドバンス	<input type="checkbox"/> 風評被害 <input type="checkbox"/> 企業再生（借金トラブル等） <input type="checkbox"/> 私生活 <input type="checkbox"/> その他（   ）

※経緯等、詳細を可能な限りご記入ください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ジャパン柔道整復師会記入欄	
受付日：平成    年    月    日 【備考】	受付印 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">印</div>

《FAX番号：022-212-6338》