

# 入会申込書

青島信賴咨詢服務有限公司 行

契約場所	
契約形態	法人 / 個人
申込日	
契約（開始日）	
（満期日）	

契約者	会社名					印鑑
	住所	〒				
担当部署			役職		氏名	
電話番号			E-MAIL			
FAX番号			メール配信	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	

※上記と同じ場合は記入不要です

請求先	会社名					
	住所	〒				
担当部署			役職		氏名	
電話番号			E-MAIL			
FAX番号			メール配信	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	

番号 / 品名	人数	単価	金額
1 TRUST MEDIC入会金			
2 TRUST MEDIC会費（単身契約）			
3 TRUST MEDIC会費（家族契約）			
4 TRUST MEDIC会費（無記名契約）			
合 計			
お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金（ <input type="checkbox"/> JPY <input type="checkbox"/> RMB） / <input type="checkbox"/> 振込 / <input type="checkbox"/> 小切手		

※私（ご契約者）は以下に記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について同意の上、申し込みます。また、私（ご契約者）以外の第三者にかかわる個人情報がある場合は、本人の同意確認しております。

「個人情報の取扱いに関するご案内」  
Trust有限公司は、契約のお申込をいただく際にお客様からいただいた申込書・加入明細書等に記載された個人情報を、傷病発生時に伴う治療時等、緊急時に際して、迅速・的確に措置とる為、また健康管理、保険その他各種サービスをお届けするなどの目的のために、共同利用します。

# トラスト加入明細書

契約場所：

○新規章（新規でご加入の場合のみ）

○交替（前任者名） ○単身から家族へ変更

申込日：

トラスト記入欄			契約形態	単身○ 家族○ 無記名○		契約期間 (開始日)	
フリガナ	姓	名	本人 生年月日			契約期間 (満期日)	
ローマ字							
本人氏名			本社名				
勤務先名 (現地会社名)							
勤務先住所 (現地)	〒						
勤務先 TEL	86-		勤務先 FAX	86-			
E-mail				パスポートNO.			
本社からのメールによる情報配信を		○希望する ○希望しない		有効期間満了日			
中国内 自宅住所	〒						
中国内 自宅TEL	86-		携帯電話				
医療費 決済方法	○海外旅行傷害保険 「保険会社名：」 ※必ず証券コピー添付してください ○クレジットカード 「カード会社名」 ○現金						
人間ドック	○毎年受けている ○半年に1回受けている ○不定期だが受けた事がある ○受けた事がない						
持病・アレルギー等をお持ちの方は、その内容についてご記入をお願いします。							
緊急連絡先 二等親まで	氏名		関係		備注		
	住所						
	電話番号		電話番号				

※青字項目は、必須となります。（不明な場合は、分かりしだいご連絡ください。）

氏名	氏名一フリガナ		医療費決済方法/パスポート情報	
	氏名-ローマ字			
			クレジットカード会社：「」/現金/ 海外旅行傷害保険：「」 証券番号（）有効期限（）	
生年月日		続柄		
人間ドック			パスポートNo.：「」 有効期間満了日：「」	
持病				
			クレジットカード会社：「」/現金/ 海外旅行傷害保険：「」 証券番号（）有効期限（）	
生年月日		続柄		
人間ドック			パスポートNo.：「」 有効期間満了日：「」	
持病				
			クレジットカード会社：「」/現金/ 海外旅行傷害保険：「」 証券番号（）有効期限（）	
生年月日		続柄		
人間ドック			パスポートNo.：「」 有効期間満了日：「」	
持病				

御一  
緒さ  
れる  
ご  
家  
族  
記  
入  
欄