

【認証申請書】 ※必要事項をご記入のうえ、事務局宛てにご送付ください

JOIBA認証取得申請書 JOIBA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 取得認証 | 保険外サービス | 新規/更新 | 新規〔会員番号 〕 |
| 保険外商品 | 更新〔会員番号 〕 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年 月 日 | | |
| 申請企業・団体 | 企業・団体名 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| URL |  | |
| 申請担当者 | 部署名 |  | |
| 役職 |  | |
| フリガナ  担当者氏名 |  | |
| 連絡先 | TEL | （ ） - |
| FAX | （ ） - |
| E-mail | @ |
| 認証取得者（利用者） | 企業・団体名 |  | |
| 部署名 |  | |
| フリガナ  担当者氏名 |  | |
| 連絡先 | TEL | （ ） - |
| E-mail | @ |
| 審査対象物 | 名称 |  | |
| 種別 | □パーソナルケア・サポート　□住まいの環境整備　□食事支援　□理容・美容　　　□お出かけ・旅行　　□見守り　□身体の不調 □悩み対策　□家族支援 | |
| 使用開始希望日 | 年 月 日（認証マークの使用開始希望日を指定してください） | |
| 【注意事項】 | | 審査開始は入会手続き終了後からになります。  認証が承認された場合、1申請毎に事務登録手数料をお支払い下さい。  商品認証審査の場合は、商品サンプルの提出をお願いする場合があります。  サンプルを提供頂けない場合は、審査の受付が出来ない場合があります。 | |
| 同意事項の確認 | 認証マーク事業実施要領をお読みいただき、同意事項確認者名の署名をお願いいたします。  責任者 氏名 | | |
| 実績開示・  事例開示協力  のお願い | JOIBAの普及推進のため、貴社の認証実績及び貴社名・対象物名のホームページ等への掲載（実績開示）に  ご協力ください。また、一定期間経過後は、改善実績の開示（事例開示）にもご協力ください。  実績開示・事例開示に同意いただけない場合は、チェックボックスに✔の記入をお願いいたします。  実績開示に同意しません  事例開示に同意しません | | |



一般社団法人 日本保険外事業者協会　協会 事務局

〒160-0023 東京都新宿区西新宿3-13-11-202

TEL:03-6276-8388 FAX:03-62768125 E-mail:info@joiba.or.jp