

## ADJ 医療安全サポートデスク 連絡票

この度は、ADJ 医療安全サポートデスクにご関心を寄せて頂き、誠にありがとうございます。ご加入に向けて早速手続きをされたい先生、詳しい情報提供を欲しい先生は、下記必要事項をご記入の上、株式会社オール・デンタル・ジャパンまで FAX を送信または右記 QR コードよりご連絡ください。担当よりご案内をさせていただきます。



連絡フォーム

### 1. 医院情報/連絡方法 ※全ての項目にご記入ください。

貴医院名	フリガナ	フリガナ	ご担当者名
住所	〒□□□-□□□□		
TEL	電話連絡可能時間帯		
携帯電話			
E-Mail	@	ご希望の連絡方法	TEL      メール

### 2. 先生のご意向をお聞かせください ※該当する項目に☑をご記入ください。

**手続きをしたい。** ・手続き書類一式を医院様宛てに郵送させていただきます。  
 ・書類記入は非常に簡単です。また電話等で細かくフォローさせていただきます。

**より詳しい説明を聞きたい。** ・募集総代理店プレミアライン株式会社が対応します。  
 ・説明は 40 分程度頂ければ十分です。

**WEB 会議を希望する。(コロナの影響もあり、推奨しています)**  
 事前に特段の準備は要りません。  
 メールに URL を送信し、ガイドさせていただきます。

**訪問による説明を希望する。**

希望日がある場合にご記入ください。				
第 1 希望日	月	日	時	分～
第 2 希望日	月	日	時	分～
第 3 希望日	月	日	時	分～

※ご希望に沿えず、再度調整させて頂く場合もありますのでご了承ください。

### 3. サポートデスクに加入意向のある先生

ADJ 医療安全サポートデスクをご利用されますと損害保険の団体割引でのご利用や総合点検による合理化等も可能です。デスク会費の財源としてご活用頂けます。あわせてご意向をお聞かせください。

#### 【 団体割引 】

- 所得補償保険の見積提示を希望する。
- 業務災害補償保険（雇用関連賠償責任保険）の見積提示を希望する。
- 休業補償保険の見積提示を希望する。

#### 【 総合点検 】

- 火災保険関係の総合点検を希望する。(休業補償、水害補償は付加されていますか?)