吹田商工会議所 2025年度認定パートナー制度 登録要件確認書

年　　　月　　　日

吹田商工会議所会頭 宛

届出者　住所又は所在地

氏名又は名称

代表者氏名

（電話番号）

2025年度認定パートナー制度について以下のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |   |
| HP URL |  |
| ご担当者名 |  |
| 対応保険会社 |  |
| 自社の特徴強みなど |  |

※上記記載項目は制度認定後、告知チラシ・ホームページにて公開情報となります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先情報 | 携帯番号 |   | E-Mail |   |

※商工会議所担当者からご連絡させていただく際のご連絡先をご記入ください。

<取り扱い契約数>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ビジネス総合保険 | 社 | サイバー保険制度 | 社 |
| 業務災害補償プラン | 社 | 海外PL保険制度 | 社 |
| 休業補償プラン | 社 |

※認定要件は「ビジネス総合」「業務災害補償プラン」「休業補償プラン」で

　原則計5契約以上あることです。