

<物流コンサルティングシート>

(株)島本保険事務所 担当 松原 宛

FAX 番号 : 06 - 6245 - 4686

*まずは、貴社の物流実態をご教示下さい。
~ 最適のプランをご提案いたします ~



貴社名 : _____ (英字名 : _____)
ご担当 _____ 様 _____ 様 _____ 様
ご連絡先 _____

1. 貨物

名称 : _____

荷姿 : カートン 木枠 ドラム バッグ
ばら積み その他 (_____)

2. 輸送頻度

スポット 毎月10件以下 毎月10件超

3. 輸送金額

年間1億円未満 年間1~5億円 年間5~10億円
年間10億円以上 (年間 _____ 億円(具体的に))

4. 輸送区間

仕出地 : _____

仕向地 : _____

5. 扱いフォワーダー

フォワーダー : _____

6. 現行内容

保険会社 : _____

扱い代理店名 : _____

保険料率 : Marine Rate: _____ %

War&S.R.C.C.: _____ %

Total Rate: _____ %

現行証券の
コピーでも
結構です。

ご要望、ご質問等ございましたら、何なりとお申し付け下さい。
ご記入、誠に有難うございました。

<代理店連絡先>

株式会社島本保険事務所 担当 松原
〒541-0056 大阪市中央区久太郎町4丁目1-3 大阪センタービル2階
TEL:06-6252-4520 FAX:06-6245-4686