

◆◆◆ 申 込 書 ◆◆◆

平成 年 月 日				
一般社団法人 徳島県損害保険代理業協会 御中				
「個人情報の取扱に関する事項」に同意し、貴会の趣旨に賛同し入会します。				
所在地	フリガナ			
	〒		TEL ( )	FAX ( )
Eメール				
代理店名 (法人の場合は 法人名)	フリガナ		保険募集 従事者数 名 (内委任型 名)	
店主 または 代表取締役	フリガナ		生年月日	
	氏名	役職	T S H	男 年 月 日 女
代表者* (上記と異なる 場足のみ記入)	フリガナ		生年月日	
	氏名	役職	T S H	男 年 月 日 女
代理申請会社名	所属課支社	1. 専業 2. 乗合	加入年金	所属支部
			1. 国民年金 2. 厚生年金	
※ 代表者とは貴代理店を代表して本会活動へ参画される方で、店主又は代表取締役であるかを問いません。 (ご紹介者 )				

申込書FAX先・・・徳島県代協・事務局 FAX088-677-9003

【お願い】本申込書をFAXいただいた後、事務局よりご連絡いたしますのでよろしくお願ひします。