

# 入 会 申 込 書

正会員番号

--	--	--	--	--	--	--

一般社団法人長崎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いたします。

平成 年 月 日

(フリガナ) 所在地	〒 _____		TEL ( )	
			FAX ( )	
	E-mailアドレス			
	ホームページアドレス			
(フリガナ) 代理店名 <small>(法人の場合は法人名)</small>			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) 氏 名	役 職 ( ) (印)	生年月日 T S 年 月 日 H	男 女
代表者 ※ 上記と異なる 場合のみ記入	(フリガナ) 氏 名	役 職 ( ) (印)	生年月日 T S 年 月 日 H	男 女
代理申請会社名	所属課支社	1. 専属 2. 乗合	国民年金 1. 国民年金 2. 厚生年金	所属支部

※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ことを問いません。

(ご紹介者 )