正 会 員 変 更 届

正 会 員 番 号

変更をお届け致します。

平成　　年　　月　　日

変更項目	
所 在 地	
電話・FAX	
E メ ー ル	
代 理 店 名	
店 主 名	
代 表 者 名	
従 事 者 数	
代 申 会 社	
そ の 他	

.

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 所在地				
	〒　　－　　TEL　　（　　） FAX　　（　　）			
E ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ				
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 代理店名				保険募集 従事者数　　名 （内委任型　　名）
店主 または 代表取締役	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名 役職名	㊞ 役職（　　）		生年月日 T　　男 S　年　月　日 H　　女
代表者名 ※上記と異なる場合のみ記入	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名 役職名	㊞ 役職（　　）		生年月日 T　　男 S　年　月　日 H　　女
代申会社名	所属課支社	1.専属 2.乗合	加入年金	所属支部
			1.国民年金 2.厚生年金	

一般社団法人長崎県損害保険代理業協会　御中

※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。