

正会員変更届

正会員番号

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

変更をお届け致します。

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	

(フリガナ) 所在地	〒 ー TEL () FAX ()		
Eメールアドレス			
(フリガナ) 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	(フリガナ) 氏名 ⑩	役職名 役職 ()	生年月日 男 T 年 月 日 S 日 H 女
代表者名 <small>※上記と異なる場合 のみ記入</small>	(フリガナ) 氏名 ⑩	役職名 役職 ()	生年月日 男 T 年 月 日 S 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。