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。　　年　　月　　日

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 所　在　地				
	〒　　－　　TEL　(　　) FAX　(　　)			
	E-mail ｱﾄﾞﾚｽ			
	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ			
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 代理店名 (法人の場合は法人名)			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 (　　)　㊞	生年月日 T S H　年　月　日	男 女
代表者　※ 上記と異なる 場合のみ記入	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　　名	役　職 (　　)　㊞	生年月日 T S H　年　月　日	男 女

代理申請会社名	所属課支社		国民年金	所属支部
		1．専属 2．乗合	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　　）