

# 正会員変更届

正会員番号

3 3

変更をお届け致します。

2024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 役職名	生年月日 T S 年 月 日 H 男 女		
代表者名 ※上記と異なる場合 のみ記入	(フリガナ) 氏名 役職名 役職 ( )	生年月日 T S 年 月 日 H 男 女		
代申会社名	所属課支社	1.専属 2.乗合	加入年金 1.国民年金 2.厚生年金	所属支部

一般社団法人長崎県損害保険代理業協会 御中

※代表者は、必ずしも当該代理店の店主または代表取締役とは限らず、当該代理店を代表して、代協活動に参画する方のお名前をご記入ください。店主名・代表者名欄の両方に記載がある場合、代表者が正会員となります。

**【返送先】長崎県代協事務局 FAX : 095-816-3020**