

◇◇◇ 仮 申 込 書 ◇◇◇

令和 年 月 日				
一般社団法人 愛知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します。				
フリガナ				
所在地	〒	TEL ( )		
	Eメール	FAX ( )		
フリガナ 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	フリガナ			生年月日
	氏名 役職名 ( )	役職 ( )		T S H 年 月 日 男 女
代表者* (上記と異なる 場足のみ記入)	フリガナ			生年月日
	氏名 役職名 ( )	役職 ( )		T S H 年 月 日 男 女
代理申請会社名	所属課支社	1. 専業 2. 乗合	加入年金	所属支部
			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 )				

仮申込書FAX先・・・愛知県代協・事務局 FAX052-203-8723

【お願い】 本仮申込書をFAXいただいた後、事務局より本申込書を郵送いたしますので  
よろしくお願ひします。