

(ご入会店控用)

入 会 申 込 書

正 会 員 番 号

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

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。

平成 年 月 日

(フリガナ)		〒 -		TEL ()
所 在 地		(Eメールアドレス)		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) 氏 名 役職名	役 職 ()	ⓐ	生年月日 T 年 月 日 男 S 年 月 日 女 H
代 表 者 ※ (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 年 月 日 男 S 年 月 日 女 H
代理申請会社名	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	

※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)