

正会員変更届

正会員番号

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

御中

変更をお届け致します。

年 月 日

変更項目						
所在地	フリガナ 所在地		〒		TEL	
電話・FAX					FAX	
Eメール			Eメールアドレス			
代理店名	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	
店主名					(内勤務型代理店等 名)	
代表者名	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	
従事者数					S 年 月 日 男 H 年 月 日 女	
代申会社					生年月日	
その他	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)		S 年 月 日 男 H 年 月 日 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		

※代表者とは貴代理店を代表して本活動へ参画される方で、店主または代表取締役であるかを問いません。