

(仮申込用)

入会申込書

平成 年 月 日

一般社団法人 宮城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。

(フリガナ)		〒			TEL ()	
所在地		(Eメールアドレス)			FAX ()	
(フリガナ)	代理店				保険募集 従事者数	名
(法人の場合は法人名)					(内委任型	名)
店主 または 代表取締役 (法人の場合は法人名)	(フリガナ)	氏名 役職名	役 職 ()	印	生年月日 T S 年 月 日 H (内委任型	男 女 名)
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 ()	印	生年月日 T S 年 月 日 H	男 女 名)
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	