

(代協控用)

一般社団法人

入会申込書

正会員番号

□□□□□□□□

佐賀県損害保険代理業協会

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

所在地

(フリガナ)

〒 TEL () FAX ()

代理店名

(法人の場合は法人名)

(フリガナ)

保険募集従事者数 (内委任型) 名

店主または代表取締役

(フリガナ)

氏名 (役職)

生年月日 T S H 年 月 日 男 女

代表者 ※ (上記と異なる場合のみ記入)

(フリガナ)

氏名 (役職)

生年月日 T S H 年 月 日 男 女

代理申請会社名

所属課支社

加入年金

所属支部

1. 専属

2. 厚生年金

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加される方で、店主又は代表取締役であるかを問いません。(ご紹介者)