

## 正会員変更届

正会員番号

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

変更をお届け致します。

平成 年 月 日

変更項目	
所在地	
電話・FAX	
Eメール	
代理店名	
店主名	
代表者名	
従事者数	
代申会社	
その他	

(フリガナ) 所在地	〒	TEL ( ) ( )	FAX ( ) ( )	( )
(フリガナ) 代理店名 (法人の名称は 法人名)				
(フリガナ) 店主 または 代表取締役	(フリガナ) 氏名	役職名	役職	保険募集 従事者数 (内委任型 名)
(フリガナ) 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 S H 年 月 日 男 女
代申会社名	所属親支社	1. 専 属 合	加入年金	所属支部
		2. 乗 合	1. 国民年金	
			2. 厚生年金	

一般団法人  
佐賀県損害保険代理業協会 御中

※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。