

# 岩手県損害保険代理業協会 御中

## 入会申込書

正会員番号

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

「個人情報の取扱いに関する事項」に同意し、貴会の趣旨に賛同し入会いたします。

年 月 日

(フリガナ)					
所在地	〒		TEL	( )	
	(Eメール)		FAX	( )	
(フリガナ)				保険募集 従事者数	名
代理店名 (法人の場合は法人名)				(内勤務型代理店等	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	男 女
			(印)	S H 年 月 日	
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	男 女
			(印)	S H 年 月 日	
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)