

★入会の際はこちらをご使用の上、下記愛媛代協までFAXをお願い致します。

(ご入会店控用)		入会申込書		正 会 員 番 号							
御 中				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>							
「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。」											
令和 年 月 日											
(フリガナ)											
所 在 地	〒			TEL ()							
				FAX ()							
(Eメールアドレス ※下記へ記入をお願いします。)											
(フリガナ)					保 険 募 集						
代 理 店 名					従 事 者 数 名						
(法人の場合は法人名)					[内勤務型 代理店等 名]						
店 主	(フリガナ)				生年月日						
または					T 年 月 日 男						
代表取締役	氏 名	役 職	()	Ⓜ	S 年 月 日 女						
	役 職 名				H						
代 表 者	(フリガナ)				生年月日						
※ (上記と異なる 場合のみ記入)	氏 名	役 職	()	Ⓜ	T 年 月 日 男						
	役 職 名				S 年 月 日 女						
					H						
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)

Eメールアドレス

オー ゼロ

※アルファベットと数字の別が判り難い場合は、フリガナを記入してください (例： 0 0)

●送信先 ⇒ 愛媛代協事務局 FAX : (0 8 9) 9 3 2 — 7 4 7 1

..... 愛媛代協使用欄

日 代 協 F A X	送 信 日		マ ス タ ー デ ー タ		ホ ー ム ペ ー ジ		ア ク セ ス		ア ド レ ス 帳	PC1	F A X		グ ツ ズ
	確 認 印									PC2			