

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	(フリガナ)	〒				
電話・FAX	所在地				TEL ()	
Eメール		(Eメールアドレス)			FAX ()	
代理店名	(フリガナ)				保険募集	名
店主名	代理店名 (法人の場合は 法人名)				従事者数	名
代表者名					(内委任型	名)
従事者数	店主 または 代表取締役	(フリガナ) 氏名 役職名	() 役職	(印)	生年月日	男
代申会社					T S 年 月 日	女
その他	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	男
	代申会社名	所属課支社	1. 専 属 2. 乗 合	加入年金	T S 年 月 日	女
				1. 国民年金 2. 厚生年金	H	
				所属支部		

一般社団法人
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。