

(ご入会店控用)

入会申込書

正会員番号

一般 大阪損害保険代理業協会 御中
社団法人

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

「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。

平成 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)			(内委任型)	名
店主 または 代表取締役	(フリガナ)			
	氏名 役職 役職名 ()	(印)	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 役職名 ()	(印)	生年月日 T S H 年 月 日	男 女
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)