

入会方法

下記「申込書」を貴代理店の最寄りの代協の事務局へファックス(上記参照)で、お送り下さい。

キリトリ線

(ご入会店控用)		入会申込書		正会員番号							
一 大阪損害保険代理業協会 御中 <small>社団法人</small>				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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 ()							
(Eメール)				FAX ()							
(フリガナ)				保険募集従事者数 名 (内勤務型代理店等 名)							
代理店名 <small>(法人の場合は法人名)</small>											
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 S・H 年 月 日	男女						
代表者* <small>(上記と異なる場合のみ記入)</small>	フリガナ	氏名 (役職名)	役職 ()	生年月日 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)