

入 会 申 込 書

正会員番号

一般社団法人 新潟県損害保険代理業協会 御中

「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 () FAX () (Eメールアドレス)			
(フリガナ) 代理店名 (法人の場合は法人名)				保険募集 従事者数 名 (内委任型 名)
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 T 年 月 日 男 S 年 月 日 女 H
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 T 年 月 日 男 S 年 月 日 女 H
代理申請会社名	所属課支社	1. 専 属	加入年金	所属支部
		2. 乗 合	1. 国民年金 2. 厚生年金	

※代表者とは貴代理店を代表と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)

代表者携帯番号	
---------	--

※本用紙のコピーを控えとし保管をお願いします。

※今後本用紙の内容が変更になった場合は正会員変更届をご提出ください。

個人情報の取扱いに関する事項

当協会は、入会申込書より取得した個人情報を正会員管理、各種情報・案内の送付、送信など本会業務の遂行に限って使用します。当協会は、当該情報を下記目的及び各種サービスのために業務委託先である「一般社団法人日本損害保険代理業協会」に提供いたします。

1. 当協会の正会員管理
2. 日本代協ニュース(Eメール&FAX版)
3. 「代理店倍賞 新日本代協プラン」の未加入者へのご案内状の送付
4. 代申会社への送付