

会員変更届

正会員番号

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

一般社団法人鹿児島県損害保険代理業協会 御中

(西暦) 年 月 日

変更をお届け致します。

所在地	(ふりがな) 〒 Tel () (※1 Eメール) Fax ()								
代理店名	(ふりがな)	保険募集従事者数 名 (内勤務型代理店等 名)							
店主または代表取締役	(ふりがな) 氏 名 印	生年月日 (西暦) 年 月 日							
代協担当者 ※2 上記と異なる場合のみ記入	(ふりがな) 役職名 氏 名 印	生年月日 (西暦) 年 月 日							
代理申請保険会社名	所属課支社	1. 専 属 2. 兼 営							
		加入年金 1. 国民年金 2. 厚生年金							
所属支部									
変更項目	所在地	Tel・Fax	Eメール	代理店名	店主名	代表者名	従業員数	代申会社	その他

※1 Eメールアドレスは、本会からの情報・連絡等に使用しますので、代協担当者（代表者）のアドレスをご記入ください。

※2 代協担当者とは、貴代理店を代表して本会活動へ参画される方で、店主または代表取締役であるかを問いません。