正 会 員 変 更 届

正会員番号						
5	0					

変更をお届け致します。

年　月　日

変更項目	
所在地	
電話・FAX	
Eメール	
代理店名	
店主名	
代表者名（正会員名）	
従事者数	
代申会社	
その他	

（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（　）　㊞	生年月日 T S H　年　月　日　男 女	
代表者（正会員） ※（上記と異なる場合のみ記入）	（フリガナ） 氏名 役職名	役職（　）　㊞	生年月日 T S H　年　月　日　男 女	

代申会社名	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	

一般社団法人滋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。

【返送先】滋賀県代協事務局　ＦＡＸ：077-514-0112