



入会申込書

下記に同意のうえ、保険健全化推進機構 結心会(以下、結心会)への入会を申し込みます。

記

1. 「保険健全化推進機構 結心会 会員規則」を確認し、同意します。
2. 入会申込み時に提供した情報に関しての取り扱いは、結心会の定める方針に従うことに同意します。
3. 入会に際し、万一理事会の承認が得られない場合、異議申し立てを一切行わず、入会申込み時に提供した情報については、後日結心会事務局にて破棄されることに同意します。

以上

申込日	年 月 日		
会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 (保険代理店の役員・事業主・従業員)	※正会員・オブザーバー会員共に 入会金5万円・年会費6万円となります。	
	<input type="checkbox"/> オブザーバー会員 (保険代理店以外の法人・個人)		
代理店名	フリガナ		
代表者名	フリガナ	店舗屋号等	フリガナ
住所	〒	フリガナ	
		<input type="radio"/> 都 <input type="radio"/> 道 <input type="radio"/> 府 <input type="radio"/> 県	
電話番号	-	F A X	-
会社ホームページ	http://		
設立年月日	年 月 日	資本金	万円
拠点数	拠点	従業員数	名
担当者名	フリガナ	連絡先	メールアドレス @
			携帯電話番号 -
紹介者			

事務局使用欄

会長印

事務局印

--	--