

# 業務提携申込書

下記記載の確認事項を了承し、保険代理店紹介制度への提携申込を致します。

年 月 日

商号または名称：

代表者名：

印

1. 以下の点をご確認いただきご了承いただきましたらチェックをお願いいたします。

ご確認欄	項目
<input type="checkbox"/>	保険商品の推奨・勧誘、内容説明、申込書の取次、保険料の受領等、保険募集に該当する行為を一切行ってはいけません。
<input type="checkbox"/>	損害保険代理店はスキームに参加できません(生命保険・少額短期保険の代理店は除く)
<input type="checkbox"/>	提携開始前に業務提携契約書に記載の内容に同意いただきます。

2. 上記すべてにチェック後、以下の必要事項をすべてご記入の上FAX送信してください。

申込日	年 月 日	支部名	( )支部
免許番号	大臣・知事( ) 第 号		
ふりがな			
商号			
事務所所在地			
電話番号	( )	-	
FAX番号	( )	-	
担当者			
メールアドレス			
定休日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日 ( )		

紹介謝礼振込先

金融機関番号	銀行		農協	支店	預金種目	
	信金	信組	労金		1	普通・総合
					2	当座
	店番号		口座番号			
フリガナ						
預金者名						

~~~~~ 【045-228-9064 までFAX送付】 ~~~~~