

■ 資料を希望される方は、該当項目をご記入の上、取りまとめ先の共済会 [FAX 03-6225-4865] へてに
お送りいただくか、全国社会保険労務士会連合会共済会ホームページよりお申込ください。

フリガナ		性別	男	女
お名前				

生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生
------	--	---	---	----

資料送付先 事務所 所在地 又は住所	〒	—	—	—	—	—	—	—
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

TEL	—	—
-----	---	---

FAX	—	—
-----	---	---

社会保険労務士 登録番号								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

申込書 資料請求	<input type="checkbox"/> P.2 グループ保険 <input type="checkbox"/> P.3 総合医療保険(団体型) <input type="checkbox"/> P.4 団体医療保険 <input type="checkbox"/> P.5 医療保険 EVERシンプル <input type="checkbox"/> P.6 生きるためのがん保険Days1 <input type="checkbox"/> P.7 休業給付/傷害給付 <input type="checkbox"/> P.8 長期所得補償制度 <input type="checkbox"/> P.11-12 使用者賠償責任保険制度 ※報酬口座振替システムご希望の方は収納会社へ直接お問い合わせください 社会保険労務士賠償責任保険制度のお申込み・パンフレット閲覧は、 (有) エス・アール・サービスWEBサイトより可能です。 https://www.sr-service.jp	加入希望 総人数
		名

お送りいただいた個人情報は厳正に管理し、今回の募集等共済会運営に必要な範囲で使用いたします。
また、各保険募集代理店と共同し対応する際には、個人情報を募集代理店へ提供させていただきます。

募集代理店 御中

今回提供する個人情報の貴社における利用目的が、貴社が委託を受けている保険会社の各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。また、上記の保険会社の各種商品やサービスの案内等のために、貴社がその提携先である保険会社の代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつき同意します。

FAX 03-6225-4865

● 資料請求はインターネットから可能です ●

全国社会保険労務士会連合会共済会ホームページよりアクセスできます。

<https://www.shakahokenroumushi.jp/tabid/495/Default.aspx>

QRコードからも
読み取り可能です。



■ 取りまとめ先

全国社会保険労務士会連合会共済会

〒103-0021 東京都中央区日本橋本石町3-2-12 社会保険労務士会館7階

TEL: 03-6225-4864 FAX: 03-6225-4865



AF003-2024-0022 2月5日 (260205)

2024年3月作成