

《連絡シート》

集団への変更、詳しい資料をご希望の方は、FAXにてこの用紙をお送りいただくか、お電話にて荏原青色申告会 事務局へご連絡ください。

取りまとめ先
荏原青色申告会 事務局

電話番号
03-3783-3494

FAX番号
03-3786-4955

募集代理店御中 今回提供する個人情報の貴代理店における利用目的が、アフラック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。

集団名	お名前		性別	生年月日	
一般社団法人 荏原青色申告会	フリガナ		<input type="radio"/> 男性	<input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成
	様		<input type="radio"/> 女性	年 月 日	
ご住所			〒 _____		
メールアドレス	今後、㈱アイビージェイからの商品・サービス等に関するご案内をメールで受領しても良い場合はメールアドレスをご記入ください。				
ご都合の良い連絡先	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 携帯電話		Tel(_____)	—	<input type="radio"/> 上記メールアドレス
ご都合の良い曜日	<input type="radio"/> いつでも	<input type="radio"/> 平日(_____ 曜日)	<input type="radio"/> 土曜日	<input type="radio"/> 日曜・祝日	
ご都合の良い時間帯	<input type="radio"/> いつでも	<input type="radio"/> 午前 / 午後	: _____	~ 午前 / 午後	: _____

◆ 詳しい資料をご希望の保険に してください。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*** その他気になる保険がございましたら、ご遠慮なくお申し付けください ***		

◆ ご本人様以外にお見積りをご希望の方がいらっしゃいましたらご記入ください。

お名前	続柄	性別	生年月日	ご希望の保険に <input checked="" type="checkbox"/> してください
フリガナ	<input type="radio"/> 配偶者	<input type="radio"/> 男性	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> お子様	<input type="radio"/> 女性	年 月 日	
フリガナ	<input type="radio"/> 配偶者	<input type="radio"/> 男性	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> お子様	<input type="radio"/> 女性	年 月 日	

◆ 個別でご加入済みのアフラックの保険を集団取扱へ変更希望される方は してください。

集団取扱へ変更を希望する

募集代理店

株式会社アイビージェイ
東京都渋谷区千駄ヶ谷5-15-5 DSE 4F
 0120-5931-98

引受保険会社

アフラック 東京総合支社
〒160-0023 東京都新宿区西新宿1-23-7 新宿ファーストウエスト17F
お問合せ・各種手続き コールセンター 0120-5555-95