

一般社団法人 大分県損害保険代理業協会 行  
(FAX: 097-529-7842)

申込日  
平成 30 年 月 日

受付 No.

—— カレンダー申込用紙 ——

お客様名			
住所	〒 ( ) - ( )	都道府県	市郡区
電話	☎ ( ) -	FAX ( ) -	
お届け先	お届け先名		☎ ( ) -
※上記と異なる場合のみご記入下さい	〒	都道府県	市郡区
《納品希望日》 11月・12月 (10日・20日・月末) 頃 (いずれかを○でお囲み下さい)			

ご希望商品記入欄

商品 No.	銘柄	部数	単価	金額
		部	円	円
		部	円	円
		部	円	円
			合計	円

名入れ  
見本



一般社団法人 大分県損害保険代理業協会正会員  
火災・自動車・傷害・生命保険・その他各種保険取扱

にしばた保険事務所

〒(000)-(0000) 大阪市北区天神橋 00 丁目 00-00  
TEL(06)0000-0000 FAX(06)0000-0000

名入れ原稿記入欄【1.前年と同じ 2.変更あり 3.新規】

※前年と同じ原稿で印刷する場合は原稿記入欄へ記入して頂く必要はありません。

大分県損害保険代理業協会正会員マークを印刷【する・しない】(いずれかを○でお囲み下さい)			
取り扱い種目			
代理店名			
住所	〒 ( ) - ( )		
TEL	( ) -		
FAX	( ) -		

一般社団法人 大分県損害保険代理業協会  
会長 町田直子  
TEL 097-529-7841  
FAX 097-529-7842