

少額短期保険募集人試験申込書

受験希望日	月	日
--------------	----------	----------

以下の内容で少額短期保険募集人試験を申込致します。

代理店コード		日本共済	
貴社名(代理店名)		営業担当者名	
ご連絡先	TEL :	FAX :	

記 入 例	フリガナ ニホン ノゾミ	〒101-0064
	氏名 日本 希望	東京都千代田区猿楽町2-8-16平田ビル9F
	1980・12・18 1男・ 2女	(書類送付先住所をご記入ください)
	札幌 ・ 仙台 ・ さいたま ・ 東京 ・ 横浜 ・ 新潟 名古屋 ・ 大阪 ・ 広島 ・ 高松 ・ 福岡 ・ 熊本 ・ その他受験地区()	

※記入事項はすべて必須となります。誤りのないようご記入ください(生年月日は西暦でご記入ください)。

1	フリガナ	〒
	氏名	
	19 . . 1男・2女	
	札幌 ・ 仙台 ・ さいたま ・ 東京 ・ 横浜 ・ 新潟 名古屋 ・ 大阪 ・ 広島 ・ 高松 ・ 福岡 ・ 熊本 ・ その他受験地区()	
2	フリガナ	〒
	氏名	
	19 . . 1男・2女	
	札幌 ・ 仙台 ・ さいたま ・ 東京 ・ 横浜 ・ 新潟 名古屋 ・ 大阪 ・ 広島 ・ 高松 ・ 福岡 ・ 熊本 ・ その他受験地区()	

※個人情報の取扱いについては、「個人情報保護に関する法律」及び関係法令等を遵守するとともに、個人情報の保護と安全管理に努め適正な取扱を遂行致します。

※過去問題は日本共済ホームページよりダウンロード頂けます。

<http://www.nihonkyosai.com/agency/examination/>

【受験料について】

受験者1名につき 4,000円 を下記口座へお振込み下さい。

- ・受験料のお振込の確認をもちましてお申込の完了となります。
- ・振込控えをもって領収証に替えさせていただきますのでご了承下さい。

受験料振込先	みずほ銀行	麹町(コウジマチ)支店
	普通口座) 1069902	口座名義: 日本共済株式会社【ニホンキョウサイ(カ)】

この用紙をそのままFAXして下さい。

FAX番号 03-3292-6901

お問合わせ先 → 日本共済株式会社 営業部 TEL : 03 - 3292 - 6904

※社内処理欄	受付確認	データ入力	受験料	営業担当者