



F A X : 03 - 3292 - 6901

以下の項目をご記入の上 F A X でお問い合わせください

会社名※			
担当者名※			
TEL※			
FAX			
E-mail	@		
住所※	〒	-	都道府県 市区町村
※印は必須項目です			
ご希望の□に チェックを 入れてください	<input type="checkbox"/> 保険代理店（少額短期保険）になりたいので連絡がほしい。		
	<input type="checkbox"/> 損保・少短を取扱っているが、事務処理の簡素化や手数料等を比較したいので連絡がほしい。		
※お取扱いの保険会社にチェックを入れて下さい ➡ <input type="checkbox"/> 損保 <input type="checkbox"/> 少額短期保険 <input type="checkbox"/> なし			
検討している項目にチェックを入れてください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 補償内容	<input type="checkbox"/> 保険料決済方法	
	<input type="checkbox"/> 代理店サポート体制	<input type="checkbox"/> その他	
どこで日本共済をお知りになりましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> パンフレット	
	<input type="checkbox"/> 代理店さまよりご紹介 (差支えなければ会社名をご記入ください→会社名 _____)		
	<input type="checkbox"/> 新聞	<input type="checkbox"/> その他	
備考			