（独自様式２）

平成　　年　　月　　日

八女市商工会

（　　　　　　）支所　行き

事業所名

代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯℡

　　 FAX

**【保険の見直し相談】申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 相談内容（該当項目○） | 補償内容・税金・経費削減・その他（　　　　　　　　　　） |
| 実施日 | 平成　　年　　月　　日（　　）　午前・午後　基本、事業所に出向き相談に応じます。 |
| 備　　考 | ※保険証券等を相談日当日ご提示ください。 |

（注）

※基本相談日は、専門家との調整により指定日となります。

※時間、場所等の詳細については、追ってご連絡を差し上げます。

※個人情報の利用については、商工会における経営支援の範囲内で利用されることに同意いたします。

■商工会記入欄（商工会取扱い共済等加入状況）

|  |  |
| --- | --- |
| 共済名 | 加入状況 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当職員名 |  |