

# 「(無料) 保障見直し個別相談会申込書」

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

ご希望日時 (毎週水・木・金曜日開催、祝日は除きます)

第1希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (水・木・金)

希望時間 \_\_\_\_\_

第2希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (水・木・金)

希望時間 \_\_\_\_\_

※10:00~14:00の間でご希望時間をご記入ください。

※ご希望にそえない場合は、調整をさせていただくことがあります。

※お申込みは、ご希望日の週の月曜日までをお願いします。

- ・お申込みをいただいた方には、こちらから確認のご連絡をいたします。
- ・連絡がとれる時間帯、その他注意事項がございましたら以下にご記入ください。

---

この申込書に記載いただいた個人情報は、組合の行う共済事業・保険代理事業・サービスの案内等に利用させていただきます、それ以外の目的で利用することはありません。

FAX 送信先

052-323-0056

愛知県共済 普及推進部

【お問い合わせ先】

愛知県共済生活協同組合 普及推進部

名古屋市中区古渡町 11 番 33 号

フリーダイヤル 0120-08-5555

受付時間 9:00~17:00

(土・日・祝を除く)