資料2

年　　月　　日

TLC（生保協会認定FP）会

# 本部登録変更連絡票

| | | |
|---|---|---|
| フリガナ | | |
| 氏　　名 | | |

| | |
|---|---|
| 会員番号 | — |

※　該当箇所に☑をご記入ください。

□　所属会社移動による変更
□　所属部署の変更（TEL・FAXを含む）
□　部会変更
□　改姓による姓名変更
□　PCメールアドレス・携帯電話・携帯メールアドレスの変更
□　住所変更（□　送付先：代理店で送付先が自宅住所と異なる方）
　　（□　自宅住所）
□　振替口座変更（事務局より変更通知書を発送します）

## 会員リスト整備のため、下記各項目ご記入のうえFAX願います。

| | | |
|---|---|---|
| 保険会社名<br>（代理店は代理申請会社名） | | |
| 所　属　部　署<br>（代理店は代理店名） | | （TEL　　）（FAX　　） |
| 住　所 | 送付先 | 〒　　都道府県　　郡市区<br>（TEL　　）（FAX　　） |
| | 自　宅 | 〒　　都道府県　　郡市区<br>（TEL　　）（FAX　　） |

※　ホームページ掲載する場合は□に√を入れてください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ | 勤務先電話番号 | — | — |
| □ | 勤務先FAX番号 | — | — |
| □ | PCメールアドレス | | |
| □ | 携　帯　電　話 | — | — |
| □ | 携帯メールアドレス | | |

**FAX番号 03-3286-2726**
TLC（生保協会認定FP）会