

令和 年 月 日

<FAX番号:088-825-4350>

高知新聞企業 ライフプランニングセンター 保険資料請求用紙

下記の保険の資料を請求します。

(希望する保険の□に、チェックマークをお入れください)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自動車・バイクの保険 | <input type="checkbox"/> 火災・地震の保険 |
| <input type="checkbox"/> 旅行の保険 | <input type="checkbox"/> ケガ・病気の保険 |
| <input type="checkbox"/> 死亡保険 | <input type="checkbox"/> がん保険 |
| <input type="checkbox"/> 個人年金保険 | <input type="checkbox"/> 介護保険 |
| <input type="checkbox"/> 学資保険 | |
| <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) | |

お客様情報

フリガナ お名前	
生年月日 (年齢)	昭和・平成・令和 (○で囲んでください) 年 月 日 (歳)
性別	男性 ・ 女性 (○で囲んでください)
配偶者	あり ・ なし (○で囲んでください)
お子様	あり ・ なし (○で囲んでください)
郵便番号 住所	〒
電話番号	
(上記以外への送付を ご希望の場合) 郵便番号 住所	〒

〒780-8666 高知市本町3-3-39

高知放送南館5階

TEL 088-825-4336

FAX 088-825-4350

E-mail hoken@kochi-sk.co.jp

高知新聞企業 ライフプランニングセンター 宛

今回提供する個人情報の、高知新聞企業 ライフプランニングセンター (以下、「代理店」) における利用目的が、代理店が委託を受けている保険会社の各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。