

老人クラブ保険担当者交代届

賠償責任保険

引継ぎが完了した日	年	月	日
-----------	---	---	---

●引継ぎが終わったら、新しい担当者様から交代届をお送りください

老人クラブ名	ふりがな
旧保険担当者氏名	

新保険担当者

氏名	ふりがな
住所	〒
電話番号	
携帯電話番号	
FAX番号	

【送付先】

全国老人クラブ連合会 保険係

●FAXの場合 03-3597-8767

●郵送の場合

〒100-0013

東京都千代田区霞が関3-3-2

新霞が関ビル5階

※この用紙が当係に到着次第、登録を変更いたします

※傷害保険の担当も兼務の場合、同時に変更となります

別担当者の登録をご希望の際は、通信欄にその旨ご記入ください

<通信欄>

--