

平成 年 月 日

<FAX番号:088-825-4350>

高知新聞企業 保険センター 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)

自動車・バイクの保険

火災・地震の保険

旅行の保険

ケガ・病気の保険

死亡保険

がん保険

個人年金保険

介護保険

学資保険

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)	大正・昭和・平成 (○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)
お子さま	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3-2-15  
高知新聞放送会館 1 F  
TEL088-825-4336  
FAX088-825-4350  
E-Mail : hoken@kochi-sk.co.jp

高知新聞企業 保険センター 宛

今回提供する個人情報の、高知新聞企業 保険センター(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。