

「損害保険・代理店手数料ポイント制度を考える会」加入申込書

◆会の趣旨に賛同し加入します。

加入日 年 月 日 ご署名

◆以下の該当欄にご記入ください>

【会員：代理店】 年会費：5,000 円

|       |   |         |  |
|-------|---|---------|--|
| 代理店名  |   | 代表者名    |  |
| 所在地   | 〒 | TEL     |  |
| Mアドレス |   | 携帯 No   |  |
| 代申会社名 |   | 損保取引会社名 |  |

【準会員：代理店以外】 年会費：1,000 円

○印→ 1.元保険代理店店主 2.元保険代理店従業員 3.保険会社社員・元社員 4.その他

|       |   |       |  |
|-------|---|-------|--|
| 住所    | 〒 | 勤務先   |  |
| TEL   |   | 元の会社名 |  |
| Mアドレス |   |       |  |

◆具体的に貴方はポイント制でどんな不利益を被りましたか。複数回答可、レ点。

- 毎年ポイントの維持のために本来業務に支障がでている。
- 毎年のポイント内容の変更や収入のブレに経営が振り回されている。
- ポイントを下げられ手数料収入が減って経営が苦しくなった。
- ポイントを下げられ手数料収入が減って止む無く他代理店の傘下に入った。
- ポイントを下げられ手数料収入が減って止む無く廃業した。

◆その他、ポイント制に対するご意見等ご自由にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

◆会費振込先（振込手数料については、ご負担ください。）

銀行・支店名：京都中央信用金庫 吉祥院 支店 (059)  
口座番号：(総合) 0604844  
名義： ポイント制を考える会 会計担当 金本泰宏

**本加入申込書については、厳重に管理し、第3者には一切開示致しません。**

※「加入申込書」の送付先は、別紙の宛先までお願い致します。