



イメージキャラクター  
あむりん

◆保障見直し相談 申込書◆

お名前	ふりがな
学校名	
連絡先 <small>※確認のご連絡をいたしますので、 連絡のつく番号をお願いします</small>	学校： 携帯：
ご自宅住所	〒

※ご希望のお日にち、時間帯をお教えてください。(平日に限ります)  
日程調整をいたしますので、第3希望までご記入ください。

希望日	お時間
月 日 ( )	: ~ :
月 日 ( )	: ~ :
月 日 ( )	: ~ :

FAX・郵送いただきましたら、到着確認のため、ご連絡いたします。

※本相談参加申込書にご記入いただいた個人情報は、本相談を行なうために使用するほか、  
教職員共済が行う事業のご案内、よりよい商品・サービスの提供のために利用させていただきます。

※教職員共済の個人情報の取扱いに関する詳細はホームページ(<https://www.kyousyokuin.or.jp/>)で  
ご覧いただくことができます。

※FAXの際、送付状は必要ありません。内容を記載後、本用紙をFAXでご送付ください。