

**FAX 送信先**  
**075-321-5066**

## 代理店登録申込書

西日本総合保証株式会社 行

申込日： 年 月 日

商号カナ				印
商号 (企業名称)				
所在地	〒			
代表者名		代表者電話番号		
代表者メールアドレス		@		
ご連絡先電話番号		FAX 番号		
ご連絡先メールアドレス		@		
ご担当者名			部署名	
営業時間	:	~	:	定休日
登録免許情報	<input type="checkbox"/> 国土交通大臣 ( )・知事 ( ) 第 ( )号 <input type="checkbox"/> なし			

※請求書送付先情報が上記（所在地）と異なる場合、下記にご記入ください。

住所	〒		
部署名		ご担当者名	

西日本総合保証株式会社  
京都府京都市右京区西院平町 37-2  
日動ビル 3F  
お問い合わせ先：075-321-5065