※ コピーしてお使いください

全税共関与先紹介カード

茨城県税理士協同組合

所属支部＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

税理士名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ＴＥＬ　　－　　－　　）

関 与 先 名 称	
関 与 先 所 在 地	〒 ご担当者 （ＴＥＬ　　－　　－　　）
希望する保険会社 （営業職員名）	
備　　考	

※保険会社記入欄

茨城県税理士協同組合
理事長　　殿　　平成　　年　　月　　日

本紹介カードの結果について、以下のとおり報告いたします。
□成　立　　□不成立
月額保険料　　円
（年払い・半年払いは、1/12・1/6 とする）
報告者名：

茨城県税理士協同組合　　FAX　029-231-6806　（TEL　029-221-8786）