

# FAX

請求日 年 月 日

茨城県税理士協同組合 行

FAX 029-231-6806

## 共 済 資 料 請 求

●支 部： \_\_\_\_\_ 支部

●氏 名： \_\_\_\_\_

●住 所： (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

●電 話： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

以下の資料を請求しますので、お送りください。

(ご希望の資料に✓を入れてください。)

※部数につきましては、時期によりご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

-----

『小規模企業共済制度』

契約申込書類一式 \_\_\_\_\_ 部

共済金（解約手当金）請求書 \_\_\_\_\_ 部

その他 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 部

『倒産防止共済（経営セーフティ共済）』

契約申込書類一式 \_\_\_\_\_ 部

※前納申出書、月額変更申込書、解約手当金請求書は、独立行政法人  
中小企業基盤整備機構のホームページよりダウンロードできます。

※ ご記入いただきました氏名・住所等の個人情報は、ご請求いただきました資料の発送に関する業務に限って使用させていただきます。