

FAX

請求日 年 月 日

茨城県税理士協同組合 行

FAX 029-231-6806

資料等請求票

●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。)

- 『税理士事務所表示板』(申込書) 『税理士マーク入り名刺』(申込書)
- 『職員身分証明書作成』(申込書)
- 『グループ保険共済制度』(パンフレット)
- 『日本税協連福祉会 生命保険共済制度「優 You プラン」』(パンフレット)
- 『口座振替システム「かつ・かいしゅう」』(パンフレット)
- 『報酬自動支払制度』(パンフレット)
- 『あんしん財団』(紹介カード)
- その他

※ 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。