

2023年度「生活保障プランナー養成講座」参加申込書

こくみん共済 coop群馬推進本部
事業推進課 行

FAX番号:027-252-6480

※ 大変お手数ですが、1月31日(水)までのご返送をお願いいたします。

| | |
|--------------|-------------------------|
| 協力団体名 | |
| ご連絡先 電話番号 | 日中ご連絡が付きやすい電話番号(携帯電話など) |
| テキスト送付住所 | 〒 - |

※ 修了には単元1～6までのすべての講座を受講することが条件となります。
 ※ 既修了者の方が再受講することも可能です。
 ※ 3名以上参加希望の場合は、本用紙をコピーの上、ご使用ください。

| 氏名 | 役職 | 生活保障 プランナー 修了者ですか | FP資格 保有者ですか |
|--------|----|-------------------------|----------------|
| (フリガナ) | | はい いいえ | はい いいえ |
| (フリガナ) | | はい いいえ | はい いいえ |
| (フリガナ) | | はい いいえ | はい いいえ |

通信欄

| |
|--|
| |
|--|