

一般会員入会申込書

太字は必須項目になります

氏 名		
フリガナ		
生年月日	西暦 年 月 日 (満 才)	性別 男・女
自宅住所	〒	
TEL	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 ご希望される連絡先にチェックをお願いします	
連絡可能時間帯	<input type="checkbox"/> 日中可 <input type="checkbox"/> 夕方以降 <input type="checkbox"/> 休日のみ <input type="checkbox"/> その他 ()	
FAX		
メールアドレス		
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業・会社役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 専門職 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他 ()	
業種	<input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 建設・不動産 <input type="checkbox"/> 販売・卸 <input type="checkbox"/> サービス <input type="checkbox"/> 官公庁 <input type="checkbox"/> その他 ()	
ご興味のある支援 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 相続 (<input type="checkbox"/> 財産承継 <input type="checkbox"/> 相続税 <input type="checkbox"/> 遺言 <input type="checkbox"/> 生前贈与 <input type="checkbox"/> 家族信託 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 不動産 (<input type="checkbox"/> 売却処分 <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 分割 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 建物・土地活用 (<input type="checkbox"/> 空き家 <input type="checkbox"/> 空室対策 <input type="checkbox"/> 空地 <input type="checkbox"/> 賃貸経営 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 高齢者・障害者の財産保護 <input type="checkbox"/> IT財産保護 <input type="checkbox"/> その他 ()	

財産保護支援機構の利用規約を確認し、一般会員への入会を申し込みします。

平成 年 月 日 ご署名
