

本用紙を印刷し内容をご記入後、FAXにてお送り下さいますようお願い致します。

## 生命保険保障診断申込書

東北ミサワホーム ライフサポート室 行き  
FAX 022-232-7991

下記にお名前と個別保障診断希望日等をご記入下さい。

|                                                                                                          |               |                      |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|---|---|
| 申込日                                                                                                      |               | 年                    | 月 | 日 |
| お名前                                                                                                      |               | ふりがな                 |   | 様 |
|                                                                                                          |               | 生年月日                 |   |   |
|                                                                                                          |               | 年                    | 月 | 日 |
| ご希望の予約日時                                                                                                 | ■ 第一希望日時      |                      |   |   |
|                                                                                                          | ■ 第二希望日時      |                      |   |   |
|                                                                                                          | ■             |                      |   |   |
| ご住所                                                                                                      |               | 〒                    |   |   |
| ご連絡方法<br>について                                                                                            | 自宅電話          | □ 平日 □ 土曜 □ 日曜 時～ 時頃 |   |   |
|                                                                                                          | 携帯電話          |                      |   |   |
|                                                                                                          | メールアドレス       |                      |   |   |
|                                                                                                          | ご希望の<br>曜日・時間 |                      |   |   |
| ご希望診断場所                                                                                                  |               | □ ミサワホーム 店 展示場 □ ご自宅 |   |   |
|                                                                                                          |               | □ その他 ( )            |   |   |
| * ご希望日は準備の関係上、申込日の1週間以上先のご指定をお願い致します。<br>ご希望日以外の日時でお願いさせて頂く場合もありますので、予め、ご了承願います。<br>尚、平日は比較的日程に余裕がございます。 |               |                      |   |   |
| * 所要時間 60分～90分                                                                                           |               |                      |   |   |

ご予約戴きありがとうございました。 後日、改めてご相談日時について、ご連絡致します。

今回、お客様から取得する個人情報、法令等に従って適正に管理し、生命保険保障診断及びそれに基づく保険商品のご案内以外で使用致しません。

(お問合せ先)

募集代理店 東北ミサワホーム株式会社

宮城県仙台市宮城野区日の出町三丁目7番33号

Tell : 022-237-5331

FAX : 022-232-7991

(ライフサポート室)