

# FAX専用お問合せシート

ご相談・お問合せ等、ご自由にご記入ください。

お客様情報をご記入ください。

貴社名	フリガナ						
ご担当者名	フリガナ						
ご役職							
ご住所	〒						
電話番号	FAX番号						
メールアドレス	@						
ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> お電話	<input type="checkbox"/> メール					
お電話の場合 ご希望の曜日	<input type="checkbox"/> いつでも可	<input type="checkbox"/> 日曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日			
	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日			
お電話の場合 ご希望の時間	<input type="checkbox"/> 何時でも可	<input type="checkbox"/> 9時	<input type="checkbox"/> 10時	<input type="checkbox"/> 11時	<input type="checkbox"/> 12時	<input type="checkbox"/> 13時	
	<input type="checkbox"/> 14時	<input type="checkbox"/> 15時	<input type="checkbox"/> 16時	<input type="checkbox"/> 17時	<input type="checkbox"/> 18時	<input type="checkbox"/> 19時	<input type="checkbox"/> 20時

お客様からいただきました情報は、当社および関連会社・提携会社を含む各種商品やサービスの向上に活用させていただく場合がございますが、それ以外の目的で使用することはありません。詳細は下記ウェブサイトの「個人情報保護方針」をご覧ください。

INSU@Bank生保 <http://www.worldins.co.jp/insubankseiho/>

