



退職金共済・適格年金移行 ご相談申込書

～退職金制度の見直し・適格年金の移行対策を包括的にサポートします～

- ・本用紙に必要事項、ご相談内容、ご相談方法などをご記入いただき、上記FAX送信先：092-622-6884 まで必ずFAXでお申込（送信）ください。
- ・本会相談業務のご利用・ご相談は、山口、九州各県の中小企業、医療法人、社会福祉法人、組合、団体等を対象としております。対象地域以外の中小法人等では本サービスはご利用いただけませんのであしからずご了承ください。

ご相談申込日：平成 年 月 日

法人、組合、団体名		氏名（ご相談申込者）		役職	
住所（〒 ）					
電話番号			FAX番号		
業種	資本金：出資金	従業員数	内適格年金加入者		
	万円	名	名		

中退共制度の導入目的・ご相談方法の口をチェックをお願いいたします

- ・ご相談の目的、ご相談の方法にかかわらず、本会のご利用はすべて無料です。
- ・ご相談日につきましては、申込書受付後に本会より日時調整のお電話をさせていただきます。

1. 中退共制度の導入目的

- 適格年金資産の移換先として検討したい
- 新しく中退共制度を導入することを検討したい
- その他（ ）

2. ご相談の方法

- 本会へ来所する
- 専門アドバイザーの派遣を希望
- その他（ ）

3. ご相談の内容（本会に協力してほしいこと、支援してほしいことをご記入ください）

- ・本申込書により取得しました個人情報については次の目的で利用します。
ご相談の受付・管理・支援業務に関連する本会の情報提供ならびに市場調査、研究、サービスの開発。
- ・本申込書により取得しました個人情報については、個人情報保護法に定める場合を除いて、ご本人または取りまとめご担当者の同意なく、利用目的以外の利用および第三者への提供はいたしません。