虹 の 会　事務局御中

お葬式保険の加入を希望しますので
資料＆申込書を送ってください。

氏　　名	フリガナ
住　　所	〒
電　　話	（　　）
生年月日	昭和 西暦　　年　　月　　日

＊個人情報の取扱について

虹の会の運営ならびに資金準備の為の生命保険付保についてのみ限定いたします。

ＦＡＸ送信先：０４５－590－3176

メール：info@o-granma.com