

# JALマイレージバンク 代理人登録

## JAL Mileage Bank Proxy Registration

※ご本人様記入

※To be filled out by the member

※私は、下記の者を代理人と定め JAL マイレージバンクに係わる下記事項の権限を委任します。

※I hereby appoint the following person as a proxy and delegate the following JAL Mileage Bank rights to him/her.

【会員から 代理人として指名された方】【Personal details of proxy to be completed by the member】

お名前 Name	(ご記入はローマ字でお願いいたします。 Please fill out in block letters.)		生年月日 Date of birth		
	姓 Family name	名 Given Name	Year	Month	Day
			年	月	日
お電話 番号 Telephone number	<input type="checkbox"/> ご自宅 Home Phone <input type="checkbox"/> 勤務先 Office Phone <input type="checkbox"/> 携帯 Mobile Phone	(      )      -			
会員との続柄  Relationship between a member and a proxy	* 旅行会社の方を指名される場合は、旅行会社名もご記入ください。 * Please advise the travel agency's name.				

【上記代理人を指名した会員ご本人】【JMB Member who appointed the above proxy】

お名前 Name	フリガナ		生年月日 Date of Birth		
	-----		Year	Month	Day
			年	月	日
お電話番号 Telephone Number	<input type="checkbox"/> ご自宅 Home Phone <input type="checkbox"/> 勤務先 Office Phone <input type="checkbox"/> 携帯 Mobile Phone	(      )      -	JALマイレージバンクのお得意様番号(7桁または9桁) JMB Membership Number(7 or 9 digit numbers)		
ご住所 Address			ご記入日 Completion date		
<input type="checkbox"/> ご自宅 Home <input type="checkbox"/> 勤務先 Business			Year	Month	Day
			年	月	日

弊社使用欄 For Office Use Only	受付者印 Received date Stamp  <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; border-radius: 50%; margin: 0 auto;"></div>
------------------------------	--

JALマイレージバンク JAL Mileage Bank

JAL マイレージバンクデスク  
FAX:021-572-3231