

出資・加入申込書

年 月 日

愛知県歯科医師協同組合 宛

下記のとおり組合に加入を申し込みます。

出資額 1口 10,000円

| | |
|------|-----------|
| フリガナ | |
| 氏名 | 印 |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日 |
| 性別 | 男・女 |

診療所

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| 診療所名 | |
| 診療所住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| <small>事業主の方のみ ご加入いただけます</small> | 事業主(開設者) ・ 管理者 ・ 勤務医 |

取引銀行 (愛知県医療信用組合口座をご記入ください。
他銀の場合は振込手数料を頂戴する場合があります。)

| | | | |
|--------------|-------|-------|--|
| 取引銀行 | | 支店・店名 | |
| | 普通・当座 | 口座番号 | |
| フリガナ 口座名義 | | | |

- ◆当組合よりダイレクトメール等を送付することがあります、希望されない方はお申し出下さい。
- ◆出資金の納入方法 事務所(歯科医師会館6階)に持参していただくか下記指定口座にお振込下さい。
(振込手数料はお客様負担でお願い致します)

三菱UFJ銀行名古屋営業部 普通預金 339263 愛知県歯科医師協同組合
愛知県医療信用組合 本店 普通預金 66 愛知県歯科医師協同組合

【申込書提出先】〒460-0002名古屋市中区丸の内3-5-18 愛知県歯科医師協同組合