

(様式9)

平成 年 月 日

滋賀県医師協同組合

理事長 浅野 定弘 殿

住 所

〒

賛助会員氏名

印

代理人氏名

印

## 賛助会員脱退届

このたび下記の事由により平成 年 月 日付で貴組合を脱退する事になりましたのでお届けいたします。

記

脱退の理由

( 開業 転勤 死亡 その他 ( ) )

※ 賛助会員死亡の場合は、賛助会員氏名を併記し代理人届出とする。

振込先

銀行名	銀行		支店
	金庫		支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人 ※ 漢字でご記入下さい			

個人情報取扱いについて

ご記入頂いた個人情報は厳密な管理の上、目的以外の使用は致しません。詳しくは当組合ホームページ、又は機関誌をご覧ください。